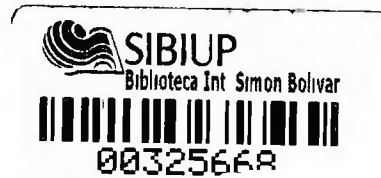


**UNIVERSIDAD DE PANAMA
VICERRECTORIA DE INVESTIGACION Y POSTGRADO
FACULTAD DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE MAESTRIA EN PSICOLOGIA CLINICA**



**PROGRAMA DE INTERVENCION CON TERAPIA COGNITIVA
CONDUCTUAL EN ADOLESCENTES CON TRASTORNO DE ESTRES
POSTRAUMATICO VICTIMAS DE MALTRATO RESIDENTES EN UN
ALBERGUE**

POR

Lic LEIDA MARIA PEREZ RODRIGUEZ

**Tesis de postgrado presentada a
Facultad de Psicologia, como uno
los requisitos, para optar por
Grado de Magister en Psicolo
Clinica**

PANAMA REPUBLICA DE PANAMA

2017

08 MAY 2018

UNIVERSIDAD DE PANAMA
VICERRECTORIA DE INVESTIGACION Y POSTGRADO
PROGRAMA DE MAESTRIA EN PSICOLOGIA CLINICA
FACULTAD DE PSICOLOGIA

**FORMULARIO PARA LA PRESENTACION DE PROYECTO DE INVESTIGACION
CONDUCTENTES A TESIS DE POSTGRADO**

Programa de Maestria en	Psicologia Clinica
Facultad de	Psicologia
Numero deCodigo	CE PT 327 14 06 17 143
Nombre del estudiante	Leida Maria Perez
Cedula	8 245 150
Titulo al que aspira	Magister en Psicologia Clinica
Tema de Tesis	Programa de intervencion con terapia Cognitiva Conductual en adolescentes con Trastorno de Estres Postraumatico victimas de maltrato residentes en un albergue
Resumen Ejecutivo	Se trata de una investigacion cuasi – experimental con pre test y post test y estudio de caso Se validara estadisticamente la efectividad de un procedimiento cognitivo conductual para reducir el estres postraumatico de una muestra de adolescentes
Nombre del Asesor	Magister Ricardo Lopez
Firma del Asesor	_____
Firma del Estudiante	_____
Proyecto Aprobado por	_____ Coordinador del Programa
	_____ Director de Postgrado de la Vicerrectoria de Investigacion y Postgrado
Fecha	_____

DEDICATORIA

El poder culminar esta investigación es un homenaje a la vida que continua abriéndose paso en medio del dolor y del sufrimiento por eso dedico este trabajo a las valientes adolescentes del Albergue que se dieron la oportunidad de aprender a sacar frutos de las heridas y levantarse de las caídas

A las Religiosas de la Comunicación Social que no escatiman esfuerzos para que el Albergue sea un Hogar en donde las adolescentes puedan sentirse amadas acogidas y seguras

AGRADECIMIENTO

No existen palabras para agradecerte Señor el que me hayas acompañado sostenido y motivado para que pudiera concluir este camino iniciado Gracias mil gracias por ser quien eres y por mirarme con ojos de misericordia por haberme dotado de una familia que en todo momento me mostro su amor y comprension y por haber puesto en mi camino a mis amigos a esos angeles que me prestaron sus hombros cuando estaba cansada y fueron mis ojos cuando lo necesitaba gracias tambien Señor por mi asesor que con su palabra me motivo para que iniciara y culminara este trabajo de investigacion

INDICE DE CONTENIDO

Portada	i
Hoja de aprobacion	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Resumen / Summary	xi
Introduccion	1
Capitulo I – Marco Teorico	5
1 Maltrato Infantil Generalidades	6
1 1 Modelos explicativos del maltrato infantil	8
1 2 Tipologia del maltrato	12
1 3 Factores de riesgo del maltrato infantil	14
1 4 Consecuencias fisicas y psicologicas del maltrato en la vida adulta	16
1 5 Cifras del maltrato infantil en Panama	17
2 Trastorno de Estres Postraumatico	21
2 1 Origen del Trastorno de Estres Postraumatico	21
2 2 Modelos explicativos del Trastorno de Estres Postraumatico	23
2 3 Descripcion general del Trastorno de Estres Postraumatico segun el DSM V	24
2 4 Caracteristicas diagnosticas	25
2 5 Prevalencia	28
2 6 Factores de riesgo	29
2 7 Diagnostico diferencial	29

2 8	Comorbilidad	31
2 9	Consecuencias a largo plazo cuando el trauma ocurre en la niñez	31
Capítulo II Estrategias de Intervención Psicológicas para el		34
Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)		
1	Tratamientos	35
1 1	Tratamiento farmacológico	35
1 2	Técnica psicoeducativa	38
1 3	Enfoque psicodinámico	39
1 4	Terapia de procesamiento cognitivo	44
1 5	Terapia cognitivo conductual	45
1 6	Desensibilización y Reprocesamiento del Movimiento Ocular	45
2	Tratamiento Cognitivo Conductual para el Trastorno de Estrés Postraumático	46
2 1	Terapia Cognitiva de Aaron Beck	47
2 2	La Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC)	50
2 3	Terapia de procesamiento cognitivo (TPC)	55
2 4	Técnicas de exposición	56
2 4 1	Desensibilización sistemática	59
2 5	Técnicas de Manejo de Ansiedad	61
2 5 1	Respiración profunda y control respiratorio	62
2 5 2	Relajación muscular	64
2 5 3	Visualización de una escena apacible	65
2 5 4	Meditación	67

2 5 5 Biofeedback (bioretroalimentacion)	67
2 5 6 Musica relajante	69
2 6 Detencion y control de pensamiento	70
Capitulo III Metodologia	71
1 Planteamiento del Problema	72
2 Justificacion	72
3 Objetivos de la investigacion	73
3 1 Objetivos generales	73
3 2 Objetivos especificos	73
4 Hipotesis	74
4 1 Hipotesis conceptual	74
4 2 Hipotesis estadística	74
5 Variables	74
6 Definicion de Variables	74
7 Diseño de investigacion	77
8 Diseño estadístico	77
9 Poblacion y muestra	78
9 1 Poblacion	78
9 2 Muestra	78
9 3 Criterios de inclusion	78
9 4 Criterios de exclusion	78
10 Instrumentos de medicion y evaluacion	79

11	Limitaciones de la investigación	83
12	Procedimiento estadístico	84
13	Presentación y Análisis de Resultados	85
13 1	Análisis de datos sociodemográficos	85
13 2	Análisis estadísticos de los resultados	90
	Conclusiones	110
	Recomendaciones	112
	Bibliografía	114
	Anexos	127
	Apendices	199

INDICE DE CUADROS

Cuadro N° 1	Tipologia del maltrato	13
Cuadro N° 2	Consecuencias psicologicas en las victimas de maltrato	16
Cuadro N° 3	Delitos contra la libertad e integridad sexual de los menores	20
Cuadro N° 4	Diagnostico diferencial del Trastorno de Estres Postraumatico	30
Cuadro N° 5	Instrumentos de evaluacion del Trastorno de Estres Postraumatico	82
Cuadro N° 6	Caracteristicas generales de las adolescentes	90
Cuadro N° 7	Resultado por participante de las medias pre y post test de las cogniciones negativas sobre si mismo	91
Cuadro N° 8	Prueba t de Student para las cogniciones negativas sobre si mismo	92
Cuadro N° 9	Resultado por participante de las medias pre y post test de las Cogniciones negativas del mundo	93
Cuadro N° 10	Prueba t de Student para las cogniciones negativas en relacion al mundo que le rodea	94
Cuadro N° 11	Prueba t de Student para el factor culpa	95
Cuadro N° 12	Resultado por participante de las medias pre y post test del factor culpa	95
Cuadro N° 13	Comparacion de las medias pre y post test con los puntos de corte del Inventario de cogniciones postraumaticas	97
Cuadro N° 14	Resultado por participante de las medias pre y post test del puntaje global del inventario de cogniciones postraumaticas	98
Cuadro N° 15	Estadistico t para el puntaje global del Inventario de cogniciones Postraumaticas	98
Cuadro N° 16	Puntaje por participante del pre y post test del sintoma de re Experimentacion	99
Cuadro N° 17	Prueba t de Student para el sintoma de re experimentacion	100
Cuadro N° 18	Prueba t de Student para el sintoma evitacion	102
Cuadro N° 19	Puntaje por participante del pre y post test del sintoma de Evitacion	103
Cuadro N° 20	Prueba t de Student para el sintoma activacion	103
Cuadro N° 21	Puntaje por participante del pre y post test del sintoma de Activacion	104
Cuadro N° 22	Comparacion de las medias pre y post test con los puntos de corte de la escala de gravedad de los sintomas del TEPT	105
Cuadro N° 23	Puntaje por participante del pre y post test de la escala global del inventario de cogniciones postraumaticas	105
Cuadro N° 24	Estadistico t para la escala global de la gravedad de sintomas del TEPT	106

Cuadro N° 25	Indice global de Duke para el TEPT	109
--------------	------------------------------------	-----

INDICE DE GRAFICAS

Grafica N° 1	Numero de victimas en I y III Distrito Judicial por grupo etario segun delito contra la libertad e integridad sexual	17
Grafica N° 2	Numeros de casos registrados contra la libertad e integridad sexual (julio 2016 a abril 2017)	18
Grafica N° 3	Distribucion etaria de las adolescentes residentes en el Albergue	85
Grafica N° 4	Nivel de escolaridad de las adolescentes	87
Grafica N° 5	Lugar de procedencia de las adolescentes	88
Grafica N° 6	Tipo de evento traumatico	89
Grafica N° 7	Resultado de las medias pre y post test de las cogniciones negativas sobre si mismo	92
Grafica N° 8	Resultado de las medias pre y post test de las cogniciones negativas en relacion al mundo que le rodea	94
Grafica N° 9	Resultado de las medias pre y post test del factor culpa	96
Grafica N° 10	Resultado de la media global pre y post test del inventario de cogniciones por estres postraumatico	99
Grafica N° 11	Resultado de las medias pre y post test del sintoma de re Experimentacion	101
Grafica N° 12	Resultado de las medias pre y post test del sintoma de evitacion	102
Grafica N° 13	Resultado de la media de la escala global pre y post test de la gravedad de sintomas por estres postraumatico	107

INDICE DE FIGURAS

Figura N° 1	Tipologia del maltrato	13
Figura N° 2	Diseño de investigacion	77
Figura N° 3	Relacion pensamiento sentimiento accion	173
Figura N° 4	Rueda de las emociones de Robert Plutchik	175
Figura N° 5	Ejemplo de la relacion pensamiento emocion conducta	176

RESUMEN

En el presente trabajo de investigación se muestra la eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual en el tratamiento del Trastorno de Estrés Postraumático aplicada a un grupo de adolescentes que residen en un albergue en el que están internados por ser víctimas de maltrato. El procedimiento consistió en la aplicación de 23 sesiones: 21 de tratamiento, las cuales se realizaban 1 vez por semana, y dos de seguimiento a 10 de las adolescentes entre 14 y 17 años con estadia permanente en el albergue que presentaban síntomas significativos de estrés postraumático. El diseño de investigación fue de tipo cuasi experimental con pre test y post test. Se realizó la entrevista estructurada para el Trastorno de Estrés Postraumático y se aplicaron los siguientes instrumentos: 1. La Escala de Gravedad de Síntomas del Estrés Postraumático, 2. El Inventario de Cogniciones Postraumáticas, y 3. El Índice Global de Duke para el Trastorno de Estrés Postraumático. El pre test se realizó antes de iniciar el tratamiento y el post test en la última sesión. Los resultados de esta medición dejaron en evidencia que el programa aplicado fue efectivo para la reducción de los síntomas que acompañan al Trastorno de Estrés Postraumático en las adolescentes residentes en el Albergue.

SUMMARY

In this present investigation report, it is shown the efficiency of the cognitive behavioral therapy for the treatment of the posttraumatic stress disorder applied to a group of adolescents who live in a youth home shelter since they all had been victims of abuse. The treatment consisted of the application of 23 sessions: 21 therapies applied one time per week and two follow-up sessions to 10 young ladies between 14 and 17 years old, which their permanent residence has been the youth home shelter since many years ago. These young ladies showed significant symptoms of posttraumatic stress. The research designed was posttest; the structure interview of posttraumatic stress disorder was applied throughout the following research tools: 1. The scale of severity of posttraumatic stress disorder symptoms, 2. The posttraumatic cognitions inventory list, 3. Duke's global index for posttraumatic stress disorder. The pretest was applied before beginning treatment and the posttest was applied in the last session. The results of these evaluations made evident that the chosen therapy was the correct one for the decreasing of the posttraumatic stress disorder symptoms, which these young ladies form the home shelter present.

IINTRODUCCION

INTRODUCCION

El vivir en sociedad obliga a la persona a interactuar con sus semejantes a desarrollar sus capacidades al intercambiando de experiencias positivas y negativas que ayudan al individuo junto con otros factores como la familia el ambiente y la herencia a desarrollar su personalidad

Por ser el nucleo familiar el lugar en el que se desenvuelve la persona se tiene la creencia de que en el al menor se le brinda proteccion y seguridad Esa creencia actualmente es cuestionada debido al gran indice de maltrato descubierto al que son sometidos los menores por personas cercanas bien sean cuidadores padres familiares o conocidos

En el caso de las adolescentes que forman parte del Albergue donde se ha realizado esta investigacion y que son objeto de este estudio es evidente el grado de afectacion producto de las vivencias traumaticas en diversas etapas de la vida de cada una experiencias negativas que han generado un comportamiento que les impide en ocasiones disfrutar de las actividades en las que otras adolescentes participan con agrado

Se encuentran por todos los medios informacion sobre el maltrato y sus consecuencia hay leyes para proteger a los menores literatura en la que se les indica sus derechos charlas y conferencias en los que se les actualiza sobre como actuar y donde llamar en caso de ser victimas de algun tipo de maltrato pero estas no son suficiente para evitar que tanto niños como adolescentes sigan siendo una poblacion vulnerable

Producto de sufrir algun tipo de maltrato o de violencia delitos que crean incertidumbre a quien se le infringe mas aun si es menor las adolescentes adoptan actitudes negativas para ocultar el dolor el miedo o la inseguridad

No es extraña la conducta de indiferencia que adoptan estas adolescentes ni la coraza que ponen para evitar enfrentarse con el dolor o perdida sufridos o con cualquier situacion u objeto que haga referencia al suceso estresante sin embargo esa armadura exterior no les

impide el sentir interior que conlleva el daño que le han perpetrado y que se conoce como estrés postraumático

En su escrito sobre el Trastorno de Estrés Postraumático González Fernández & Pardo Fernández (s.f.) lo explican de la siguiente manera: el Trastorno de Estrés Postraumático está caracterizado por una reexperimentación del suceso traumático. Los síntomas son debidos a que se aumenta la activación y el comportamiento de evitar los estímulos que tengan que ver con la agresión.

Cuando se da la reexperimentación no es extraño que aparezcan pensamientos, recuerdos o pesadillas cuyo centro sea el instante de mayor temor o desesperanza que se vivió durante el evento. Los síntomas que se presentan debido a esos recuerdos se manifiestan en trastornos del sueño, irritabilidad y dificultades de concentración.

Las conductas evitativas se manifiestan por el esfuerzo en procurar no tener pensamientos, sentimientos o actividades que pudieran tener alguna relación en el tiempo o en el espacio con el trauma, con una disminución del interés por las actividades en general (González Fernández & Pardo Fernández, s.f.).

Siendo este Albergue una institución en la que se acogen adolescentes mujeres víctimas de maltrato, se quiso brindar una ayuda a aquellas que presentaran síntomas significativos de estrés postraumático.

En el capítulo I se conceptualiza en forma general lo que es el maltrato infantil, los modelos explicativos, la tipología del maltrato así como los factores de riesgo. Se presentan las consecuencias físicas del maltrato en la vida adulta (en la presente investigación se presentan las consecuencias en la adolescencia).

Se exponen datos estadísticos proporcionados por el Ministerio Público en relación al maltrato infantil en Panamá.

Se presentan las características generales del Trastorno de Estrés Postraumático y los modelos explicativos, los síntomas propios de este trastorno, el diagnóstico diferencial así como las causas que lo ocasionan y las consecuencias a largo plazo cuando el mismo ocurre en la infancia.

En el capítulo II se presenta el modelo psicoterapéutico Cognitivo Conductual que fue el escogido para el tratamiento del Trastorno de Estrés Postraumático en las adolescentes. Se presentan las bases teóricas de este modelo, las diferentes técnicas que se pueden utilizar para ayudar a transformar las conductas y pensamientos que son el problema psicológico que se quiere intervenir.

En el capítulo III se presenta todo lo que está relacionado con la metodología aplicada en este trabajo de investigación: se justifica la realización, se presentan los objetivos generales y específicos y la finalidad que se busca alcanzar. Se presenta la hipótesis de investigación y con ella se plantea la posibilidad de reducir los síntomas de estrés postraumático en las adolescentes seleccionadas para esta investigación.

La entrevista de investigación utilizada fue la Entrevista Estructurada de Davison con un solo grupo al que se le aplicó el pre test y post test. Se presentan las definiciones de las variables. Se muestra la propuesta de intervención en un tratamiento de 20 sesiones con tres sesiones de seguimiento.

Se presenta el análisis de los resultados del tratamiento aplicado a las adolescentes con el cual se quiere mostrar la eficacia de la técnica utilizada para disminuir los síntomas de estrés postraumáticos.

Para finalizar se presentan las conclusiones, recomendaciones y el resultado de esta investigación con los anexos y terapias realizadas.

CAPITULO I
MARCO TEORICO

1 Maltrato Infantil Generalidades

La literatura investigada presenta diferentes definiciones para el maltrato infantil iniciamos citando algunas de ellas

La Organización Mundial de la Salud define el maltrato infantil como

Los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico abuso sexual desatención negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud desarrollo o dignidad del niño o poner en peligro su supervivencia () La exposición a la violencia de pareja también se incluye a veces entre las formas de maltrato infantil (OMS 2016)

De manera sencilla García Dieguez & Noguero Noguero (2007) definen el maltrato como cualquier conducta o actitud directa o indirecta que por parte de un adulto otro menor o institución que implique la falta de atención y cuidados que un niño o adolescente necesita para crecer y desarrollarse emocional y físicamente en forma óptima

A lo largo de la historia de la humanidad el abuso infantil siempre ha estado presente

Basta observar algunos eventos en que se exterminaron miles de niños en algunos casos por miedo como el caso del rey Herodes que hizo exterminar a un número indeterminado de niños menores de dos años para eliminar a uno que él creía que podía hacerle perder el trono

En Esparta los niños que nacían con defectos físicos o psíquicos y por tanto previsiblemente malos guerreros eran abandonados o arrojados por el macizo montañoso de Tarjeto En Roma si un padre de familia () deseaba reconocer a un niño se detenía y lo tomaba en sus brazos, si se alejaba el niño era llevado fuera del hogar y expuesto en la calle Si no moría de hambre o frío

pertenecía a cualquiera que deseara hacerse cargo de él y convertirlo en esclavo (Arredondo Ossandon Knaak Donoso Lira Mendiguren Silva Silva & Zamora Zapata 1998)

Es relevante indicar que la explicación al fenómeno del maltrato infantil tuvo su origen en Estados Unidos cuando en 1968 Kempe y sus colaboradores describieron el síndrome del niño apaleado (Gonzalez Muriel Lopez 1996)

La literatura refiere que a partir de ese momento las investigaciones para explicar la etiología de este fenómeno – maltrato infantil – se fueron multiplicando a lo largo del tiempo (Gonzalez Muriel Lopez 1996)

En años recientes titulares internacionales de diferentes medios registran un incremento del fenómeno llamado maltrato infantil. Esta realidad anómala a pesar de los grandes esfuerzos de diversas organizaciones en todo el mundo y de las legislaciones de muchos países en su contra no se ha podido frenar ni se han podido determinar las tasas del maltrato infantil por cuanto que no se denuncian sobre todo por temor (Unicef 2014)

- UNICEF. Unos 120 millones de niñas y jóvenes han sufrido abuso sexual (Unicef 2014)
- UNICEF. La violencia infantil en cifras. un nuevo estudio revela cifras escalofriantes en torno al grado de violencia que padecen los niños en el mundo (Unicef 2014)
- Cifras alarmantes de la violencia infantil en el mundo. Un informe que revela la situación en 2012 informa que uno de cada cuatro niños ha sufrido abuso físico y una de cada cinco niñas y jóvenes han padecido agresión sexual (Unicef 2014)

- Cifras de maltrato infantil son vergonzosas y aterradoras () el numero de procesos por maltrato infantil vigentes hasta la misma fecha fue de 20 268 (Plazas Michelsen 2015)
- Panama se unio en 2012 a una iniciativa mundial sobre el tema 223 millones de niños y niñas son victimas de abusos por año (Quiñonez 2014)

De acuerdo con la Organizacion de las Naciones Unidas (ONU) cada año aproximadamente 150 millones de niñas y 73 millones de niños en el mundo son victimas de violacion y/o violencia sexual (Quiñonez 2014)

1.1 Modelos explicativos del maltrato infantil

El maltrato físico por tener secuelas físicas evidentes que puede identificarse con relativa facilidad frente a otros tipos de maltrato es el más estudiado de los fenómenos de este tipo

Existen distintos modelos para explicar el maltrato infantil teoría del apego modelo psicológico psiquiátrico modelo psicosocial modelo sociocultural modelo de la vulnerabilidad del niño modelo ecológico y modelo transaccional (Aracena y otros 2000)

Sin embargo como lo señala De Paul (1988) en (Lararrin et al 1997) dada la complejidad del fenómeno es necesario considerar que ninguno de los modelos por sí solo logra explicar el maltrato ya que este es la expresión de una disfunción en el sistema padres niños ambiente y cultura (Aracena y otros 2000)

Modelo del apego

La teoría del apego de Bowlby es un modelo que integra la etiología la teoría de las relaciones objetales así como conceptos de la teoría de sistemas la psicología cognitiva y el procesamiento de la información De esta forma se

plantea que en los humanos cuando los padres están próximos son sensibles y responsivos a las conductas de apego innatas de sus hijos (Aracena y otros 2000)

Frente a estas situaciones de separación o pérdida del ser amado los niños responden con angustia intensa mezclando comportamientos de apego con expresiones de protesta enojo y resistencia. A las manifestaciones de angustia que los menores hacen sentir a sus cuidadores muchas veces se suman espacios de conflicto entre la conducta afectiva y la conducta de alejamiento ya que en algunas ocasiones la figura de apego es también la que provoca temor recurriendo a amenazas o actos de violencia (Aguilar Veliz & Salinas Segura 2006)

Autores como Bowlby (1984) en (Van Ijzendoorn & Zwart Woudstra 1995) y (Knutson 1995) mencionan como fenómeno explicativo de maltrato las alteraciones en el proceso de apego lo cual daría cuenta de las interacciones disfuncionales del individuo con los padres o cuidadores que lo vulneraron en su capacidad para interactuar con sus propios hijos. Lo anterior les imposibilitaría regular las oscilaciones extremas entre la cercanía y la evitación e integrar las emociones y cogniciones experimentadas (Aracena y otros 2000)

Modelo psicológico psiquiátrico

En este modelo se sostiene que los padres o cuidadores maltratan a sus hijos porque padecen de alteraciones psiquiátricas ya sea esquizofrenia o psicosis maniaco depresiva. En otros estudios se ha logrado establecer que los padres agresores de sus hijos tienen más síntomas depresivos y baja autoestima así como escasas estrategias de afrontamiento de problemas (Aracena y otros 2000)

Las teorías de la cognición social plantean que los padres maltratadores — generalmente las madres— muestran dificultad para expresar y reconocer emociones (Camras Ribordy Hill y cols 1988 Kropp y Haynes 1987) y pueden tener expectativas inadecuadas en cuanto a las capacidades de sus hijos. Algunas investigaciones señalan que una causa importante del maltrato son las expectativas irrealistas de los padres al esperar de sus hijos conductas maduras que son obviamente inapropiadas para la edad de estos (Moreno Manso 2006).

Modelo psicosocial

Este modelo incluye las teorías que se centran en las interacciones del individuo con la familia de origen y con su familia actual. Hace referencia a la posible experiencia traumática de los progenitores repitiendo la misma conducta de maltrato recibida en los hijos () los malos tratos suelen ocurrir en periodos de crisis y en general se trata de familias con escaso soporte social. De este modo la experiencia de haber sido maltratado físicamente cuando niño se constituye en un factor predisponente para convertirse en adulto maltratador (Moreno Manso 2006).

Modelo sociocultural

En este modelo se enfatizan factores sociales, económicos y culturales que establecen las condiciones para que el maltrato se genere. En resumen, este modelo hace referencia a condiciones muy actuales como son: no contar con un lugar adecuado y cómodo para vivir, no contar con un empleo estable o con una remuneración económica suficiente para cubrir las necesidades de la familia.

Los factores sociales más mencionados por la literatura y que aparecen asociados al maltrato infantil lo constituyen el desempleo, la pobreza, los

problemas de hacinamiento el bajo nivel sociocultural eventos vitales estresantes y escasas redes de apoyo El pertenecer a una clase social que no permita cumplir con las necesidades economicas de los miembros de la familia conlleva un alto riesgo de maltrato (Aracena y otros 2000)

Modelo de la vulnerabilidad del niño

Desde este planteamiento teorico se considera que un niño maltratado muestra ciertos rasgos que provocan rechazo frustracion y estres en los cuidadores lo que los hace mas vulnerables al maltrato El modelo señala que existe una clara relacion entre discapacidad y mala salud física y maltrato físico (Moreno Manso 2006)

Modelo ecologico

El modelo ecologico de Belsky (1993) es un modelo integrativo basado en el de Bronfenbrenner (1979) Tiene en cuenta la interaccion entre el desarrollo ontogenico de los padres y una serie de sistemas cada vez mas amplios la familia (microsistema) la comunidad (ecosistema) y la cultura (macrosistema) Estos modelos ecosistemicos se incluyen variables relativas a la propia historia de crianza de los padres pues el tipo de cuidado y atencion recibidos en la infancia condiciona o explica su capacidad para atender o cuidar adecuadamente a sus propios hijos (Moreno Manso 2006)

Bronfenbrenner desarrolla este modelo que permite ordenar las distintas explicaciones en un sistema donde se integran los factores de los cuidadores las características del niño la interaccion social y familiar y el medio ambiente cultural (Aracena y otros 2000)

Modelo transaccional

El modelo transaccional de Cicchetti y Rizley (1981) es un modelo

multicausal al igual que el de Belsky que incluye factores potenciadores y amortiguadores del maltrato

Los factores potenciadores son condiciones de corta o larga duracion que aumentan la probabilidad de maltrato Estas pueden ser

- Biologicas (anomalias fisicas que hacen que la crianza resulte difícil y poco grata a los progenitores)
- Historicas (como cuidadores con historial de maltrato)
- Psicologicas (por ejemplo problemas de salud mental en el cuidador)
- Ecologicas (como elevados niveles de estres o un vecindario caotico)

Los factores amortiguadores tambien pueden tener un caracter transitorio o duradero y hacen referencia a las condiciones que disminuyen la probabilidad de maltrato a los menores

- Ingresos extras
- Periodos de armonia matrimonial (historia paterna de crianza adecuada etc)

Segun Cicchetti y Rizley (1981) los malos tratos ocurren cuando los factores potenciadores superan a los amortiguadores

1 2 Tipologia del maltrato

Existen diversas clasificaciones para el maltrato infantil la mas comun es la que se refiere a la accion concreta que se comete en contra del menor

El trabajo de investigacion realizado por el Observatorio de la Infancia (2006) clasifica el maltrato infantil desde tres perspectivas diferentes

- Segun el momento en el que se produce el maltrato
- Segun los autores del maltrato

- Según el las acciones concretas que constituyen el maltrato infligido

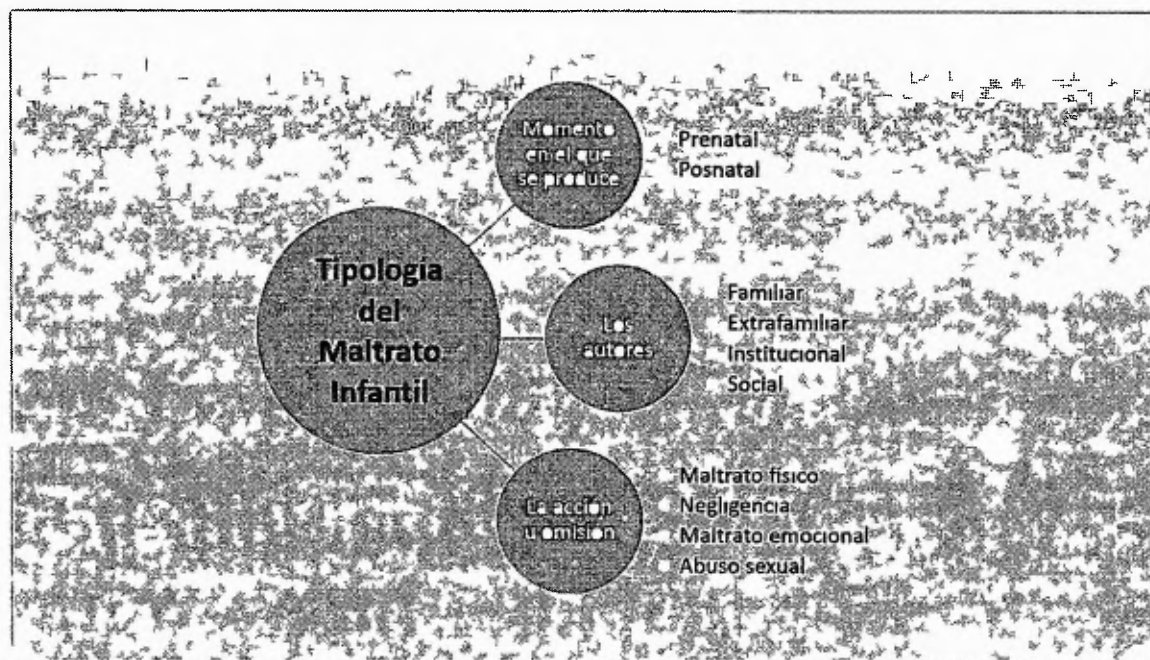
Cuadro N° 1

Tipología del maltrato

El momento en el que se produce	<ul style="list-style-type: none"> ○ Prenatal cuando el maltrato se produce antes del nacimiento del niño ○ Postnatal cuando el maltrato se produce durante su vida extrauterina
Los autores	<ul style="list-style-type: none"> ○ Familiar cuando los autores del maltrato son familiares del menor principalmente familiares en primer grado (padres biológicos o no abuelos hermanos tíos etc) ○ Extrafamiliar cuando los autores del maltrato no son familiares del menor o el grado de parentesco es muy lejano (familiares en segundo grado) y no tienen relaciones familiares ○ Institucional es el maltrato provocado por las instituciones públicas sean sanitarias educativas etc ○ Social cuando no hay un sujeto concreto responsable del maltrato pero hay una serie de circunstancias externas en la vida de los progenitores y del menor que imposibilitan una atención o un cuidado adecuado del niño
La acción o la omisión concreta que se está produciendo	<ul style="list-style-type: none"> ○ Maltrato físico Toda acción de carácter físico voluntariamente realizada que provoque o pueda provocar lesiones físicas en el menor ○ Negligencia Dejar o abstenerse de atender a las necesidades del niño y a los deberes de guarda y protección o cuidado inadecuado del niño ○ Maltrato emocional Toda acción normalmente de carácter verbal o toda actitud hacia un menor que provoquen o puedan provocar en el daños psicológicos ○ Abuso sexual Cualquier comportamiento en el que un menor es utilizado por un adulto u otro menor como medio para obtener estimulación o gratificación sexual

Fuente (Observatorio de la Infancia 2006)

Figura N°1
Tipología del maltrato



Fuente (Observatorio de la Infancia 2006)

En la figura N°1 se presenta un resumen de la tipología del maltrato. En el caso de las residentes en el Albergue, se identifican adolescentes afectadas por abuso efectuados por familiares en primer grado, lo que para ellas agrava aún más la condición de maltrato, siendo que las personas que debieron cuidarlas son los perpetradores del maltrato.

1.3 Factores de riesgo del maltrato infantil

En el artículo Prevención del maltrato infantil (2013) se han identificado varios factores de riesgo de maltrato infantil. Aunque no están presentes en todos los contextos sociales y culturales, dan una visión general que permite comprender las causas del maltrato infantil.

Factores relacionados con el menor de edad

- Nacimiento prematuro, anomalías en el nacimiento, bajo peso al nacer, exposición a toxinas en el útero.

- Temperamento dificultad o lentitud para responder
- Discapacidad física/cognitiva/emocional enfermedad grave o crónica
- Trauma en la infancia
- Comportamiento antisocial hacia sus iguales
- Edad
- Agresividad infantil problemas de conducta déficit de atención

Factores relacionados con los cuidadores

- Factores de personalidad (control de impulsos depresión/ansiedad etc)
- Historia de maltrato infantil
- Alta conflictividad parental violencia doméstica
- Psicopatología parental
- Abuso de sustancias
- Separación o divorcio especialmente divorcio gravemente conflictivo
- Edad
- Alto nivel de estrés general
- Interacción pobre entre padres e hijos actitudes y atribuciones negativas sobre el comportamiento del menor de edad
- Conocimiento y expectativas erróneas sobre el desarrollo infantil

Relacionados con la familia y la comunidad

- Estructura familiar
- Familia monoparental con falta de apoyo gran número de menores de edad en el hogar
- Aislamiento social falta de apoyo
- Roles de género y funciones en las relaciones íntimas incluido el matrimonio que involucran falta de respeto hacia una o más personas en el hogar

- Falta de una red de apoyo para ayudar en situaciones estresantes o difíciles ruptura del apoyo en la crianza de los hijos por parte de la familia extensa
- Discriminación contra la familia por su origen étnico nacionalidad religión género edad orientación sexual discapacidad o el estilo de vida
- Participación en actividades delictivas o violentas en la comunidad

1.4 Consecuencias físicas y psicológicas del maltrato en la vida adulta

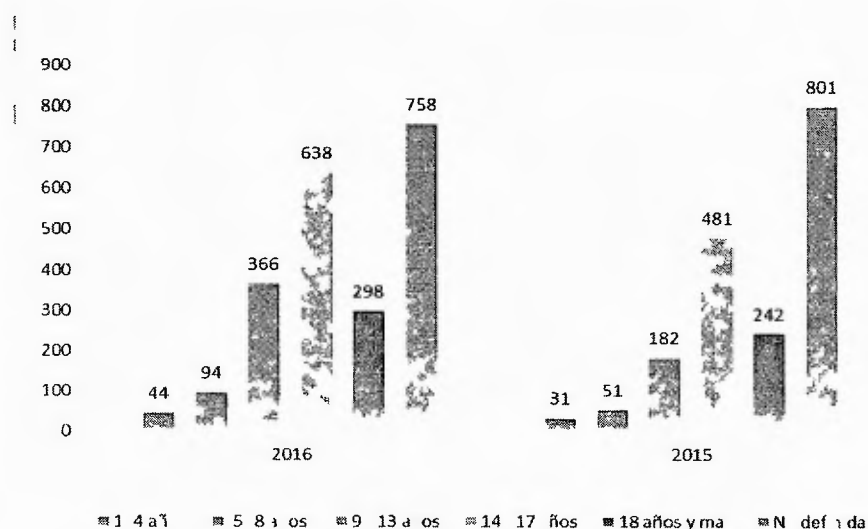
Las heridas producto del abuso y la negligencia pueden o no ser visibles inmediatamente pero las consecuencias psicológicas en el adolescente/adulto víctima de abuso sexual además de ser difíciles de predecir pueden durar toda una vida (García Dieguez & Noguero Noguero 2007)

Tal como recoge García Dieguez & Noguero Noguero (2007) y son presentadas en el siguiente cuadro las principales secuelas psicológicas en las víctimas de maltrato son

Cuadro N° 2
Consecuencias psicológicas en las víctimas del maltrato

Tipo de consecuencias	Síntomas
Físicas	<ul style="list-style-type: none"> ○ Dolores crónicos generales ○ Hipocondría y trastorno de somatización ○ Alteraciones del sueño (pesadillas) ○ Desórdenes alimenticios
Conductuales	<ul style="list-style-type: none"> ○ Intentos de suicidio ○ Consumo de drogas ○ Trastorno disociativo de la personalidad
Emocionales	<ul style="list-style-type: none"> ○ Depresión ○ Ansiedad ○ Baja autoestima ○ Estrés posttraumático

Grafica N° 1
Numero de victimas en el I y III distrito judicial, por grupo etario
segun delito contra la libertad e integridad sexual



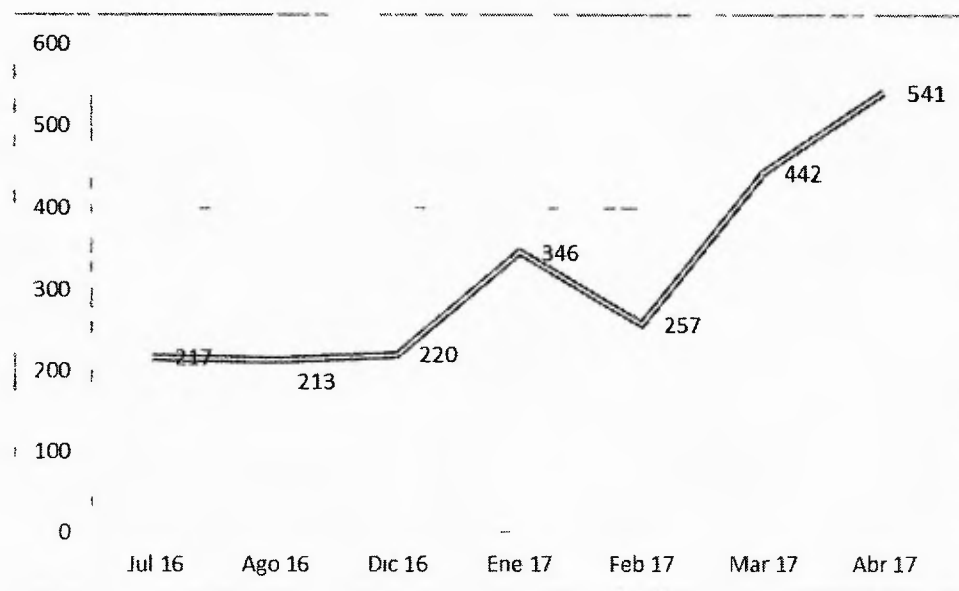
Fuente Centro de estadísticas (Delito sexual Ministerio Público 2017)

Otro segmento de datos de los años 2016 y 2017 (presentados en valores absolutos) de casos de delitos contra menores refleja la tendencia en el incremento de este tipo de eventos

En la grafica N°2 se observa la tendencia lineal al incremento con el transcurrir de los meses analizados De junio del 2016 a abril del 2017 menos de 12 meses el incremento de casos fue de cerca del 50% (49.3%)

Los datos reflejados pudieran incrementarse debido a la existencia de casos punibles no denunciados (Carrasco 2017)

Grafica N° 2
Numero de casos registrados contra la libertad e integridad sexual
julio 2016 a abril 2017



Fuente Centro de estadísticas (Delito sexual Ministerio Publico 2017)

Panama reporta un caso por día de maltrato infantil. A su corta edad, muchas veces les cuesta a los menores entender la vida de abusos y constante agresión que les ha tocado. Los niños víctimas de agresión sufren en silencio el maltrato hasta cuando su condición los lleva a instituciones de salud (). El rango de edades de los niños y niñas víctimas de maltrato es de 1 a 9 años de edad, con mayor recurrencia de hechos procedentes de los distritos de Panama y San Miguelito (Quiñonez 2014).

Diariamente, en el Albergue escogido para este trabajo de investigación, se rechazan de uno a dos casos de adolescentes víctimas de maltrato debido a la limitada capacidad del mismo (capacidad máxima 24 adolescentes), lo que a menor escala refleja también la constante de incremento en el número de casos de maltrato.

Para el primer cuatrimestre de los años 2017 y 2016 se pueden observar datos relacionados con la tipificación de los delitos contra la libertad e integridad sexual de los menores

En el cuadro N° 3 se observa que la mayor frecuencia de delitos son los casos relacionados con violacion relaciones sexuales consentidas con menores de edad asi como los casos relacionados con pornografia Estos tres aspectos representan mas del 80% de los casos de delitos

Cuadro N° 3
Delitos contra la libertad e integridad sexual en los menores

Delito	Enero		Febrero		Marzo		Abril		Total		Porcentaje	
	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016
Violacion	170	103	152	166	184	131	231	170	737	570	46%	37%
Relaciones sexuales consentidas/remuneradas	115	100	57	83	95	97	156	97	423	377	27%	24%
Pornografia infantil	11	13	6	144	104	71	85	136	206	364	13%	23%
Actos libidinosos	36	39	29	42	44	53	54	43	163	177	10%	11%
Corrupcion	13	9	8	4	12	11	13	6	46	30	3%	2%
Acoso sexual	1	11	5	9	3	10	2	5	11	35	1%	2%
Total	346	275	257	448	442	373	541	457	1586	1553		

Fuente Centro de estadisticas (Delito sexual Ministerio Publico 2017)

En el trabajo de investigacion del Observatorio de la Infancia (2006) el abuso sexual es una de las formas mas frecuentes de maltrato infantil

La realidad de las adolescentes residentes en el Albergue en el que se realiza esta investigacion señala que de cada 10 casos de adolescentes ingresadas en el mismo 8 son por casos de violacion y dos de otros tipos maltrato (Datos estadisticos del Albergue)

2 TRASTORNO DE ESTRES POSTRAUMATICO

2.1 Origen del Trastorno de Estrés Postraumático

El término Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) fue acuñado en el año 1980. La Asociación Psiquiátrica Americana (APA) introdujo el término por primera vez en la tercera clasificación diagnóstica (DSM III) (Montoya Soriano 2016).

Una de las primeras descripciones de este trastorno fue realizada por Herodoto en el año 440 A.C. en su tratado sobre la historia que contaba los síntomas que presentaban algunos soldados que habían participado en la Batalla de Maratón. En particular, un soldado que a pesar de no haber sufrido trauma físico, presentó ceguera permanente después de haber presenciado la muerte de un compañero (Montoya Soriano 2016).

En Ruskin (2015), el trabajo de investigación realizado por el profesor Hacker Hughes J. y el Dr. Walid Abdul Hamid, también hace referencia a la existencia de este trastorno en la antigüedad, cuando señala que los traumas por conflictos bélicos ya estaban presentes en Mesopotamia (antiguo Irak) durante la dinastía asiria (1300-609 a.C.).

Los soldados antiguos se enfrentaban al riesgo de sufrir lesiones o incluso la muerte a través de afiladas espadas, del golpe de una piedra arrojada con una honda o mediante lluvias de puntas de flechas o fuego. El riesgo de muerte y el testimonio de sus compañeros soldados parece haber sido una importante fuente de traumas psicológicos. Diversos conflictos bélicos dieron origen a términos como "corazón de soldado", "shell shock", "neurosis de guerra" o "neurosis traumática" (Carvajal C. 2011).

El termino Shell shock se referia a las reacciones que los soldados tenian en las guerras o el hecho de ser testigos de ellas lo definian como una perdida de memoria vision gusto y olfato (Montoya Soriano 2016)

Con la II Guerra Mundial y especialmente con la Guerra de Vietnam se establecio el termino sindrome post Vietnam debido a su alta frecuencia de victimas lo que influyo para que la Asociacion Psiquiatrica Americana (APA) incluyera el Trastorno de Estrés Postraumatico (TEPT) en la tercera version de su clasificacion (DSM III) en el años 1980 como se indico al inicio de este apartado (Montoya Soriano 2016)

A partir de este momento el termino TEPT ya no hace referencia solo a los sobrevivientes de las guerras sino tambien a la poblacion civil Con el transcurrir de los años y el desarrollo tecnologico se han elaborado numerosos estudios en mujeres y niños victimas de maltrato y abuso así como a las victimas de desastres naturales o provocados por el hombre (Montoya Soriano 2016)

En 1994 el DSM IV define el TEPT como un conjunto de sintomas que la persona desarrolla despues de haber sufrido haber sido testigo de haber participado o haber escuchado un suceso traumatico estresante en extremo (Ochoa Vera 2009)

En la actualidad ocurren infinidad de eventos naturales condiciones de guerra secuestros violaciones asaltos desalojos de lo que se considera casa/hogar situaciones estas que permiten el desarrollo del TEPT en las personas que lo viven

En el mundo en general y Panama como pais no escapa de esa realidad se presentan eventos altamente estresantes como los desastres naturales de inundaciones deslaves de tierra tornados el incremento de la inseguridad social que trae consigo secuestros robos

amenazas violencia falta de tolerancia en las calles el aumento de los casos de maltrato intrafamiliar etc Todos estos eventos hacen que las personas que los hayan experimentado y lo hayan sobrevivido se mantengan en un permanente estado de alerta miedo inseguridad que en algunos casos los puede incapacitar para desarrollar sus habilidades sociales

El sistema de defensa de la persona afectada logra desarrollar conductas evitativas frente a situaciones similares para auto defenderse aunque el evento en si no represente peligro o amenaza El grado de afectacion en la persona, puede ser tan profundo que sin desearlo y en los momentos menos esperados logra experimentar el acontecimiento traumatico con lujo de detalles como si fuera la primera vez

2.2 Modelos explicativos del Trastorno de Estrés Postraumático

En los últimos años se han propuesto diversos modelos para explicar el TEPT tanto desde una perspectiva psicológica como una neurobiológica

Modelo psicoanalítico

En este modelo se plantea que la experiencia abrumadora del trauma psíquico rompe los mecanismos de defensa del ego y moviliza una serie de defensas psicológicas como la repetición compulsiva la negación la disociación la proyección y la identificación con el agresor (Suarez y otros 2008)

Modelo del aprendizaje social

Este modelo considera un condicionamiento de dos factores (clásico e instrumental) En el clásico el evento traumático actúa como un estímulo no

condicionado que desencadena una respuesta refleja no condicionada de miedo extremo y percepción cognitiva de indefensión. Las señales cognitivas afectivas fisiológicas y ambientales que acompañan al evento traumático pasan a ser los estímulos condicionados que desencadenarán las respuestas condicionadas en la forma de los síntomas de TEPT. El condicionamiento instrumental lleva a que el niño rápidamente aprenda que las manifestaciones del TEPT se reducen evitando situaciones, lo que promueve las conductas de evitación (Suarez y otros 2008).

Modelo neurobiológico

Numerosos autores afirman que la neurobiología del TEPT es distinta a la de los otros trastornos psicopatológicos. Ante un evento traumático el cerebro se sobrecarga por recibir tanta información con una alta carga emocional superando las posibilidades de afrontamiento del sujeto () esto provoca cambios a nivel neurobiológico que si se mantienen permanentes dan lugar al desarrollo del TEPT.

En este trastorno están involucradas las estructuras cerebrales encargadas de filtrar y procesar la información que nos llega, lo que hace que las personas que lo sufren tengan dificultades a la hora de seleccionar estímulos relevantes, concentrarse en una tarea, etc. También se producen cambios a nivel neuroquímico que dificultan el almacenamiento de la información traumática en la memoria, quedando guardada en fragmentos (Castro Saez 2011).

2.3 Descripción general del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM V

El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) se caracteriza por la exposición a muerte o amenaza de muerte, lesión grave o violencia sexual, seguida de aparición de síntomas de intrusión, evitación persistente de los estímulos asociados con el

trauma alteraciones negativas cognitivas y del estado de animo con notorias alteraciones del estado de alerta y la reactividad (First 2014)

2 4 Características diagnosticas

Las personas que han experimentado situaciones peligrosas o altamente estresantes viven a diario con miedo inseguridad preocupacion que en algunos casos las convierten en personas irritables que no saben como manejar el cumulo de emociones negativas que su cuerpo manifiesta producto del evento traumatico vivido

Segun el Manual Diagnostico y Estadistico de los Trastornos Mentales quinta version (DSM V) (American Psychiatry Association 2014) los aspectos diagnosticos para este trastorno son

A Exposicion a la muerte lesion grave o violencia sexual ya sea real o amenaza en una (o mas) de las siguientes formas

- 1 Experiencia directa del suceso traumatico
- 2 Presencia directa del suceso ocurrido a otros
- 3 Conocimiento de que el suceso traumatico ha ocurrido a un familiar proximo o a un amigo intimo
- 4 Exposicion repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso traumatico

B Presencia de uno (o mas) de los sintomas de intrusion asociados al suceso traumatico que comienza despues del suceso traumatico

- 1 Recuerdos angustiosos recurrentes involuntarios e intrusivos del suceso traumatico
- 2 Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño esta relacionado con el suceso traumatico
- 3 Reacciones disociativas en las que el sujeto siente o actua como si se repitiera el suceso

- 4 Malestar psicologico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso
- 5 Reacciones fisiologicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso

C Evitacion persistente de estímulos asociados al suceso traumatico que comienzan tras el suceso traumatico

- 1 Evitacion o esfuerzos para evitar recuerdos pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso traumatico
- 2 Evitacion o esfuerzos para evitar recordatorios externos que despierten recuerdos pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso traumatico

D Alteraciones negativas cognitivas y del estado de animo asociadas al suceso traumatico que comienzan o empeoran despues del suceso traumatico

- 1 Incapacidad para recordar un aspecto importante del suceso traumatico (debido tipicamente a amnesia disociativa v no a otros factores como una lesion cerebral alcohol o drogas)
- 2 Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo los demas o el mundo
- 3 Percepcion distorsionada persistente de las causas o las consecuencias del suceso traumatico que hace que el individuo se acuse a si mismo o a los demas
- 4 Estado emocional negativo persistente
- 5 Disminucion importante del interes o la participacion en actividades significativas
- 6 Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demas
- 7 Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas

E Alteracion importante de la alerta y reactividad asociada al suceso traumatico

- 1 Comportamiento irritable y arrebatos de furia
- 2 Comportamiento imprudente o autodestructivo
- 3 Hipervigilancia
- 4 Respuesta de sobresalto exagerada
- 5 Problemas de concentracion
- 6 Alteracion del sueño

F La duracion de la alteracion (Criterios B C D y E) es superior a un mes

G La alteracion causa malestar clinicamente significativo o deterioro social laboral u otras areas importantes del funcionamiento

H La alteracion no se puede atribuir a los efectos fisiologicos de una sustancia o a otra afeccion medica

Especificar si

Con sintomas disociativos los sintomas cumplen los criterios para el Trastorno de Estrés Posttraumático y además en respuesta al factor de estrés el individuo experimenta sintomas persistentes o recurrentes de una de las características siguientes

- Despersonalización Experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental (p ej como si soñara sentido de la irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo o de que el tiempo pasa despacio)
- Desrealización Experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (p ej el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal como un sueño distante o distorsionado)

Nota para utilizar este subtipo los síntomas disociativos no se han de poder atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p ej desvanecimiento durante la intoxicación alcohólica) u otra afección médica (p ej epilepsia parcial compleja)

Especificar si

Con expresión retardada Si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas puedan ser inmediatos)

2.5 Prevalencia

De acuerdo a American Psychiatry Association (2014) los estudios que se han dedicado a investigar el TEPT han utilizado los criterios del DSM IV

- En Estados Unidos el riesgo vital para el trastorno a la edad de 75 años es del 8.7% la prevalencia anual de adultos es del 3.5% En Europa la mayor parte de Asia África y en países de América latina las estimaciones van entre un 0.5% y un 1%
- Los índices más altos se dan entre los veteranos y personas cuyas profesiones tienen riesgos de exposición traumática elevados
- Las tasas más altas se localizan en víctimas sobrevivientes de violaciones combate militar cautiverio e internamiento y genocidio
- La prevalencia es variable los niños y adolescentes muestran una prevalencia baja después de la exposición a eventos traumáticos
- La prevalencia del trastorno clínico completo es menor en personas mayores en comparación con la población
- En relación a las razas los blancos no latinos presentan mayores tasas del trastorno que los latinos afroamericanos e indios americanos y en relación a las tasas más bajas los de origen asiático

2 6 Factores de riesgo

Los factores de riesgo son diversos y de acuerdo a American Psychiatry Association (2014) se dividen en

Factores pretraumaticos

- Temperamentales problemas emocionales de la infancia (6 años) y trastornos mentales previos
- Ambientales bajo nivel socioeconomico adversidad en la infancia escasa educacion exposiciones a traumas deficiencia de la inteligencia etc
- Geneticos y fisiologicos sexo femenino y edad temprana

Factores peritraumaticos

- Ambientales gravedad del trauma peligro vital percibido lesiones personales y la violencia interpersonal

Factores postraumaticos

- Temperamentales evaluaciones negativas y las estrategias de afrontamiento inadecuadas
- Ambientales la exposicion a acontecimientos adversos recuerdos molestos repetitivos despues de los hechos

2 7 Diagnostico diferencial

Una diferencia basica entre el Trastorno de Estrés Postraumatico y otros tipo de trastorno relacionados con trauma radica en que la vivencia del evento del primero pone en peligro de muerte real o de amenaza de muerte al sujeto mientras que en los otros sucesos no suponen una amenaza grave

A continuacion se presentan las características a considerar al momento de realizar el diagnostico diferencial del trastorno segun First (2014)

Cuadro N° 4

Diagnostico diferencial del Trastorno de Estres Postraumatico

Tipo de trastorno	Se caracteriza por
Trastorno de adaptacion	que el factor estresante puede ser de cualquier gravedad y no tiene un patron de respuesta especifico
Trastorno de estres agudo	que el patron de los sintomas en el trastorno de estres agudo se limita a una duracion de entre 3 dias y 1 mes despues de la exposicion al evento traumatico
Trastorno obsesivo compulsivo	que en el TOC hay pensamientos intrusivos recurrentes pero estos se perciben como inapropiados y no estan relacionados con el hecho traumatico experimentado
Trastorno depresivo mayor	que la depresion mayor puede o no estar precedida de un evento traumatico y se deberia diagnosticar si no existen otros sintomas de TEPT
Trastorno de panico	que se caracteriza por un estado de alerta y sintomas disociativos pero estos aparecen durante ataques de panico y no se asocian con un factor de estres postraumatico
Trastornos de ansiedad generalizada	sintomas persistentes de irritabilidad y ansiedad y estos sintomas no se asocian con un factor de estres postraumatico
Trastorno disociativos	sintomas disociativos que no estan necesariamente relacionados a un factor de estres postraumatico
Simulacion	el fingimiento de los sintomas y siempre debe descartarse cuando existen beneficios economicos legales o de otro tipo

2 8 Comorbilidad (American Psychiatry Association, 2014)

El 80% de individuos con el trastorno son propensos a presentar otro trastorno mental (depresión ansiedad trastorno bipolar ansiedad o trastornos por consumo de sustancias)

- En los varones son mas comunes los trastornos por uso de sustancias comorbidos y los trastornos de la conducta
- Hay un 48% que presenta lesiones cerebrales y TEPT entre veteranos de guerra y militares
- En los niños la mayoría que tiene el TEPT tienen patrones de comorbilidad con el trastorno negativista desafiante y el trastorno de ansiedad por separación
- Existe una considerable comorbilidad entre el TEPT y un trastorno neurocognitivo importante y algunos de los síntomas se solapan en estos trastornos

2 9 Consecuencias a largo plazo cuando el trauma ocurre en la niñez

Las adolescentes residentes en el Albergue no llegan a consulta por motivo del abuso sufrido en su infancia son las secuelas que este trauma ha provocado en sus vidas a pesar del tiempo transcurrido lo que las hace llegar Ninguna adolescente reacciona de la misma manera que otra frente a la experiencia de maltrato aunque todas las experiencias comparten las mismas características

El impacto emocional de la agresión sexual en la mayoría de los casos y de otras formas de maltrato está impactado por cuatro variables el perfil individual de la víctima (estabilidad psicológica edad sexo y contexto familiar) las características del acto abusivo (frecuencia severidad existencia de violencia o de amenazas cronicidad etc)

la relacion existente con el abusador (pariente de primera y segunda linea amigos de confianza de la familia) y por ultimo las consecuencias asociadas al descubrimiento del abuso

En general la gravedad de las secuelas esta en funcion de la frecuencia y duracion de la experiencia cuanto mas cronico e intenso es el abuso mayor es el desarrollo de un sentimiento de indefension y de vulnerabilidad y mas probable resulta la aparicion de sintomas

Es posible identificar en las adolescentes del Albergue escogido para la investigacion secuelas importantes del trauma experimentado debido precisamente a lo prolongado del trauman vivido durante la infancia Aunado a lo anterior los sentimientos de verguenza y culpa de colera y pena de miedo y ansiedad que afectaron a algunos de los cuidadores que segun relatan las adolescente se mostraron incapaces de protegerlas adecuadamente y en los casos mas graves incluso llegaron a no creerles o a culparlas de lo sucedido

Como afirma Fernandez Fernadez (2014) el abuso sexual ha sido el tipo de maltrato reconocido como mas potenciador de sintomas de TEPT () Los adultos que sufrieron en su infancia maltrato fisico y abuso sexual mostraron mayor tasa de TEPT () que los adultos sin historia de maltrato

La inmadurez neurologica del cerebro durante los primeros años de vida hace que este sea mas sensible a los acontecimientos y experiencias traumaticas dando como resultado una mayor probabilidad de padecer sintomas psicoticos en la vida adulta (Tejedor Pardo 2009)

No se puede dejar de lado el impacto que tiene en las adolescentes la revictimización de la que son objeto como consecuencia de los procesos de ayuda que involucran entre otros la salida del albergue sin previo aviso después de haberse adaptado al ambiente y a las otras adolescentes el no haber terminado un proceso terapéutico que las proveería de herramientas para superar el trauma actual y para enfrentar otras situaciones difíciles y las prolongadas testificaciones y largos cuestionamientos para asegurar la veracidad de lo relatado por las menores

CAPITULO II
ESTRATEGIAS DE INTERVENCION PSICOTERAPEUTICAS
PARA EL TRASTORNO DE ESTRES POSTRAUMATICO

1 Tratamientos

Las diversas literaturas investigadas hacen referencia a formas probadas de afrontamiento para las personas con Trastorno de Estrés Posttraumático tanto a nivel psicoterapéutico como farmacológico

A continuación se presentan los aspectos básicos de los tratamientos más utilizados

- Tratamiento farmacológico
- Técnica psicoeducativa
- Terapia psicodinámica
- Terapia de procesamiento cognitivo
- Desensibilización y reprocesamiento del movimiento ocular
- Terapia cognitivo conductual

1.1 Tratamiento farmacológico

Cuando el evento traumático interfiere con el diario vivir de la persona al punto de no poder realizar con libertad sus actividades diarias es necesaria no solo la intervención psicológica sino también el tratamiento farmacológico como apoyo complementario (De La Rosa Gómez 2013)

El tratamiento farmacológico aislado no es suficiente para aliviar el sufrimiento de los enfermos con TEPT. Es útil identificar los síntomas más relevantes para seleccionar el tratamiento adecuado como intrusiones, ansiedad, depresión, trastornos del sueño, etc.

Esto previene un mayor deterioro del enfermo, aumenta la sensación de control sobre sus vidas y sobre todo facilita el trabajo psicoterapéutico en los casos que así lo requieran.

No obstante Machon Isla Mingote Adan & Perris (2001) señalan que antes de seleccionar el tipo de tratamiento farmacológico adecuado para cada paciente es necesario tomar en cuenta los siguientes aspectos

- La intensidad de las resistencias del enfermo al tratamiento
- El sufrimiento que implica revivir una realidad emocional tan dolorosa y el riesgo de retraumatización iatrogénica
- El dramatismo de la repetición del trauma en la transferencia
- La importancia de la contratransferencia del terapeuta (no preguntar no poder tolerar acontecimientos tan terribles sobreproteger etc) que condiciona el pronóstico del paciente
- Que un adecuado tratamiento farmacológico facilitara la comunicación y el progreso del tratamiento farmacoterapia y psicoterapia se potencian entre si de forma complementaria
- Que el enfermo colaborara de forma activa en el tratamiento lo que contribuirá a aumentar su autoeficacia o maestría personal frente a la pérdida de control de la experiencia traumática, en la que el enfermo se sintió como si fuera una cosa La principal característica del vínculo terapéutico será la de tratarse de una relación interpersonal voluntaria de confianza y respeto mutuo

Por su parte De La Rosa Gomez (2013) destaca que el tratamiento farmacológico pretende reducir la frecuencia y gravedad de los síntomas intrusivos la tendencia a re experimentar el suceso traumático la hiperactivación generalizada la conducta de evitación los síntomas disociativos y los impulsos agresivos

En concreto señala que hay dos tipos de medicamentos que se usan con mayor frecuencia para tratar los síntomas asociados al TEPT los antidepresivos en el que se incluyen los tricíclicos los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) y la reabsorción de la serotonina y en segundo lugar los estabilizadores del estado de ánimo

En el caso de los antidepresivos su uso es frecuente sin embargo se ha discutido en varios estudios si tiene un efecto real sobre el TEPT o si su efecto se asocia unicamente con los sintomas depresivos

De La Rosa Gomez (2013) presenta el resultado de varias investigaciones relacionadas con el efecto de los antidepresivos

- Los antidepresivos triciclicos (imipramina desipramina y amitriptilina) son los mas usados para el tratamiento de TEPT
- La combinacion de fluoxetina amitriptilina y una benzodiacepina anticonvulsionante como el clonazepan resulto moderadamente eficaz para reducir los sintomas de re experimentacion y de hiperactivacion cuando eran empleadas en un programa de tratamiento multimodal
- La amitriptilina fue superior al placebo en el tratamiento de la depresion ansiedad y en sintomas del TEPT
- En el caso de la imipramina resulto mejor que el placebo para la reduccion de sintomas de re experimentacion pero no de evitacion
- La desipramina no fue eficaz en ningun estudio
- Los triciclicos poseen efectos unicamente sobre sintomas de re experimentacion

En esta misma investigacion se presentan los resultados de estudios con los inhibidores de la reabsorcion de la serotonina debido a su relacion con el control de los impulsos y con los pensamientos intrusivos Las sustancias que principalmente se han utilizado en la investigacion han sido la fluoxetina la fluvoaxamina y la sertralina

Tanto De La Rosa (2013) como Bourne (2015) señalan que los antidepresivos funcionan como potentes reductores de la ansiedad ante la presencia de eventos traumaticos y hace referencia a un listado de los antidepresivos mas utilizados

- Zoloft Luvox Prozac o Celexa cuando los sintomas son graves y de larga duracion

- Xanax Klonopin cuando se trata de tratamientos a corto plazo

Estos inhibidores selectivos de la recaptura de la serotonina (ISRS) son los fármacos de primera elección ya que a) mejoran los distintos componentes del TEPT la interferencia en la vida y los síntomas asociados de ansiedad y depresión b) tienen menor riesgo en caso de sobredosis y c) es posible que tengan menos efectos secundarios

Por lo anterior se desprende que estos fármacos actúan probablemente más sobre los síntomas asociados al trauma (depresión impulsividad pensamientos obsesivos irritabilidad etc) que sobre el trauma propiamente dicho

Lo cierto es que asegura Echeburúa & Corral de (2007) que en algunos casos sobre todo en las semanas posteriores al suceso traumático los fármacos contribuyen a reducir los síntomas que interfieren negativamente en la reanudación de la vida cotidiana y en definitiva a mejorar el funcionamiento y la calidad de vida de la víctima

1.2 Técnica psicoeducativa

El enfoque psicoeducativo es una técnica que busca ayudar al paciente y a la familia proporcionándoles información aunque sea básica de los conceptos relacionados con su trastorno por medio de libros artículos y otra documentación que le permita adquirir el conocimiento relacionado con el trauma

La información adquirida los ayudará en el proceso de afrontamiento del suceso conociendo síntomas básicos del trastorno y las terapias asociadas así como las habilidades de solución de problemas

En Guerra & Plaza (2009) se hace referencia a esta técnica psicoeducativa en la investigación realizada por

- Botero (2005) que indica que la educación sobre el trauma es una herramienta útil en el abordaje terapéutico del TEPT ya que le permite a los pacientes comprender su sintomatología y los elementos necesarios para superarla
- Canessa y Guerra, aportan comentarios en referencia a la utilidad de esta herramienta en el tratamiento de niños abusados sexualmente. Destacan como el conocimiento recibido contribuye en la motivación del paciente para el afrontamiento de situaciones altamente amenazantes. Adicional a esto el paciente logra hacer modificaciones en el manejo de los pensamientos pesimistas y puede a partir de estos cambios planificar estrategias de afrontamiento a las situaciones difíciles

1.3 Enfoque psicodinámico

Las terapias psicodinámicas se centran en los conflictos emocionales causados por el evento traumático, particularmente los relacionados con experiencias tempranas.

Este tipo de terapia en pacientes con TEPT es un verdadero reto para el terapeuta ya que aunque es un trabajo muy gratificante también hay momentos muy angustiosos y dolorosos (Machon, Isla, Mingote Adán & Perris, 2001).

Señalan que además de que el trauma debilita las defensas de carácter y intensifica los conflictos previos, la crisis personal que induce puede también ser una nueva oportunidad de resolverlos.

El objetivo de esta psicoterapia es incrementar la conciencia ('*insight*') de los conflictos intrapersonales y su resolución.

La construcción de una alianza terapéutica sólida en la cual los pacientes se sientan seguros es crucial para el éxito del proceso. Tanto así que Machon Isla Mingote Adan & Perris (2001) hacen referencia a lo contraproducente que pudiera ser la aplicación de esta psicoterapia en los casos del TEPT sino se logra afianzar la buena relación terapéutica con el paciente.

Desde Freud varios autores han contraindicado el psicoanálisis para los pacientes con TEPT (como Valke y Nash 1981) pero no así las psicoterapias dinámicas derivadas del psicoanálisis. En todas ellas es esencial el trabajo de construir una buena alianza terapéutica a través del cuidado del encuadre y de la interpretación de las resistencias derivadas de una predominante transferencia negativa. La defensa hostil paranoide se configura como baluarte protector de una intensa fragilidad personal. En general, el sufrimiento del paciente es el principal factor motivador del cambio interno: una verdadera rehabilitación emocional en la que lo fundamental es el aprendizaje.

El conocimiento de las reacciones comunes que tienen este tipo de pacientes así como el reconocimiento empático del derecho de los mismos son aspectos que ayudarán a reforzar este proceso terapéutico (Gabbard 2009).

En Gabbard (2009) se hace referencia a cuatro tipos de transferencias que son comunes durante el proceso terapéutico en pacientes con TEPT:

- La transferencia sobre el terapeuta de figuras incluidas en el evento traumático
- La transferencia sobre la situación terapéutica de recuerdos específicos desmentido del evento traumático

- La transferencia sobre el terapeuta de funciones intrapsíquicas del paciente que han sido distorsionadas como resultado del trauma (con la esperanza de que una función más saludable será restaurada)
- La transferencia sobre el terapeuta de un rol omnipotente y sabio desde el cual el terapeuta puede ayudar al paciente a solucionar lo que ha sucedido y restaurar un sentido de significado personal

Todas estas transferencias evocan contratransferencias

A nivel contra transferencial es fundamental no funcionar como "hadas buenas que son la fuente de todo bien" para unos pacientes tan dañados estimulando fantasías regresivas y una excesiva idealización de los terapeutas como figuras mesianicas lo que en definitiva inhibe el desarrollo emocional de los pacientes (Machon Isla Mingote Adan & Perris 2001)

Para el terapeuta existe el riesgo técnico de mantenerse también secuestrado por el pasado traumático en vez de afrontar la realidad actual

El terapeuta debe tratar de guiar al paciente hacia el desarrollo de una autoestima reforzada mayor autocontrol y una nueva visión de su integridad personal y autoconfianza

A continuación se presentan algunos aspectos esenciales de la psicoterapia psicodinámica producto del trabajo de investigación realizado por Machon Isla Mingote Adan & Perris (2001) en relación a los trabajos publicados en los últimos años por (Lindy Green Grace Titchener 1983) Ochberg 1988 Rose 1991 Armstrong O Collaham y Marmar 1991 Marmar Weiss y Pynoss 1995) que concluyen que la psicoterapia psicodinámica puede ser una técnica efectiva de tratamiento de los pacientes con TEPT

1 Establecer una sólida alianza terapéutica

La alianza terapéutica es una construcción conjunta entre paciente y terapeuta de modo que las expectativas las opiniones las construcciones que ambos van desarrollando respecto al trabajo que están realizando la relación

establecida y la vision del otro resultan relevantes para el establecimiento de la alianza terapeutica La alianza esta influida por las características y la historia personal tanto del paciente como del terapeuta (Corbella & Botella 2003)

Corbella & Botella (2003) citan a diferentes autores que han identificado algunas actitudes o características de los terapeutas y de los pacientes que ayudan al establecimiento de la alianza terapeutica—si bien muchos estudios son poco concluyentes o se centran en dimensiones poco operativas

- El terapeuta como variable influyente en la alianza

La empatia y la calidez del terapeuta son dos de las cualidades que la mayoría de investigadores coinciden en considerar relevantes (pero no suficientes) para establecer una buena alianza terapeutica

El nivel de experiencia del psicoterapeuta ha sido otra de las variables evaluadas e investigadas

El entrenamiento y la formacion de los terapeutas las representaciones internas de las relaciones pasadas del terapeuta

La mentalidad psicologica del terapeuta y sus habilidades sociales

El bienestar emocional el locus de control los valores las creencias y las características sociodemograficas de los terapeutas

- El paciente como variable influyente en la alianza

El indice de eventos estresantes

Las relaciones sociales y familiares del cliente

La motivacion y expectativas del paciente

La sintomatología del paciente contribuía negativamente a la alianza

La defensividad la desganancia la hostilidad y la dominancia del cliente

El perfeccionismo del paciente

Para Corbella & Botella (2003) la importancia atribuida a la alianza terapéutica pone de manifiesto la relevancia de la dimensión relacional entre terapeuta y paciente. La relación y más concretamente el entendimiento el encaje o la compatibilidad entre ambos facilitan o dificultan directamente la alianza terapéutica. Por lo tanto las variables del terapeuta y del paciente adquieren especial protagonismo en el establecimiento de la alianza terapéutica y el desarrollo del proceso terapéutico.

2. Restablecer la conexión entre las funciones psíquicas disociadas. Es muy importante ayudar al paciente a elaborar una narrativa continua sin interrumpir el tratamiento ni tener complicaciones somáticas graves o conductas de riesgo. Lo anterior se puede lograr con apoyo de técnicas auxiliares como relajación medicación etc.
3. Apoyar la autonomía y asertividad del paciente gravemente limitadas por el impacto del trauma.
4. El conflicto sobre la agresividad y la culpa que subyace al terror y a la angustia sea dirigido hacia sí mismo o hacia los demás con gran probabilidad de perder el control y mantener diferentes conductas de riesgo (adicciones promiscuidad sexual autolesiones etc.)
5. La compulsión a la repetición. La repetición puede tener lugar de dos formas diferentes: el trauma puede repetirse realmente en cualquier momento o bien de forma simbólica el paciente puede sentir así sus relaciones con los demás.

- 6 Transferencia y contratransferencia Al predominar la transferencia negativa el terapeuta suele ser visto como incapaz de proteger al paciente frustrante y agresivo o abandonador La contratransferencia puede experimentarse como agente de daño (violador torturador etc) o bien como víctima por identificación con el paciente En este sentido el terapeuta puede experimentar muchos aspectos de la experiencia de la víctima incapacidad vergüenza odio etc

Lo prolongado y oneroso del proceso de psicoanálisis ha dado paso a la formulación de diversas variaciones del método original de duración más limitada Es así que la psicoterapia psicodinámica breve comprende entre una y dos sesiones semanales durante un promedio de entre 12 y 20 sesiones (González Fernández 2006)

El psicoanálisis más tradicional implica diversas sesiones semanales de entre 45 y 50 minutos durante periodos de entre 2 y 7 años

En definitiva señala González Fernández (2006) el terapeuta psicodinámico busca lograr cambios de largo alcance

- mediante la reestructuración básica de la personalidad
- ayudando cambiar la perspectiva con que la persona contempla la vida y la forma de reaccionar ante ella
- orientando a las personas a desarrollar una visión adecuada de sí mismas así como a tomar conciencia de las poderosas fuerzas psicológicas enterradas profundamente en su inconsciente

1.4 Terapia de procesamiento cognitivo

Para los sujetos que han sido víctimas de algún tipo de evento traumático en el cual se han visto en peligro de perder la vida volver a la rutina de la vida diaria no les resulta fácil

En general estas personas se quedan ancladas al suceso vivido y no se sienten capaces por si solas de superar los sintomas y efectos que ese evento les produce. No pueden por si mismas controlar los pensamientos negativos y recurrentes relacionados al suceso que las inhabilita en el desempeño de sus habilidades sociales (estudiar, trabajar, etc.).

En general la terapia de procesamiento cognitivo es un programa de corta duracion. En promedio son 12 sesiones de forma estructurada y se basa en el modelo de procesamiento de la informacion del TEPT. Combina las tecnicas de exposicion con reestructuracion cognitiva. En estudios realizados por Foa y Cols se proponen dos condiciones: la activacion de la memoria de los miedos y la administracion de nueva informacion incompatible con dichos miedos (Robles Sanchez, Marcos Gonzalez, Medina Amor, & Perez Iñigo Gancedo, 2003).

1.5 Terapia cognitivo conductual

Terapia basada en la certeza de que los pensamientos y las creencias de las personas se influyen mutuamente y a su vez estos pensamientos y creencias impactan en la forma de comportarse del individuo.

Con frecuencia se puede observar en las redes sociales la frase: "No nos afecta lo que nos sucede, sino lo que nos decimos acerca de lo que nos sucede", del filosofo griego Epicteto, frase que fundamenta el enfoque de la terapia cognitivo conductual. Este tipo de terapia señala que no son los acontecimientos externos sino la forma erronea en que cada individuo registra, procesa y actua frente a los eventos que acontecen en su vida.

1.6 Desensibilizacion y Reprocesamiento del Movimiento Ocular

La terapia EMDR esta avalada por la Organizacion Mundial de la Salud y las Guias Clinicas Internacionales para el tratamiento del trauma.

Se basa en la comprensión del efecto de las experiencias vitales adversas y traumáticas sobre la patología y en el procesamiento de dichas experiencias a través de procedimientos estructurados que incluyen movimientos oculares u otras formas de estimulación bilateral

Su aplicación se ha extendido a un amplio rango de problemas clínicos. En 1987 Francine Shapiro, psicóloga norteamericana, descubrió que los movimientos oculares voluntarios reducían la intensidad de la angustia de los pensamientos negativos (Asociación EMDR España)

El EMDR se describe como un tratamiento de ocho fases

- La historia del problema
- Preparación del paciente
- Evaluación del blanco de tratamiento
- Desensibilización
- Instalación
- Escaneo corporal
- Reevaluación de los efectos del tratamiento

La técnica incluye los componentes de exposición y cognoscitivos al igual que los movimientos laterales oculares (Resick, Monson y Rizvi, 2008; Pieschacon Fonrodona, 2011)

Este tratamiento está indicado para el TEPT por distintas organizaciones internacionales (Novo Navarro, 2017)

2 Tratamiento Cognitivo Conductual para el Trastorno de Estrés Postraumático

La literatura relacionada con la Teoría Cognitivo Conductual (TCC) para el TEPT ofrece

un amplio abanico de tecnicas diferentes Al respecto De La Rosa Gomez (2013) presenta algunas de las tecnicas mas efectivas de la TCC para pacientes con TEPT que incluyen tecnicas conductuales dirigidas a modificar comportamientos disfuncionales tecnicas cognitivas enfocadas a disminuir patrones de pensamiento disfuncional y estrategias de reduccion de ansiedad El autor sostiene que la terapia cognitiva es alentadora especialmente en mujeres violadas

Mainieri (1976) cita a Beck indicando que la terapia cognitiva conductual surge como derivado natural de los hallazgos de la ciencia cognitiva y en especial de la psicologia cognitiva Refiere que los primeros en utilizar este concepto (basicamente que los pensamientos son un factor importante en la genesis de las emociones y las conductas) en forma sistematica para el tratamiento de los trastornos psicologicos fueron Albert Ellis y Aaron Beck ambos en forma independiente aunque ambos se disputan la autoria del modelo y la supremacia del uno sobre el otro

Albert Ellis llamo a su modelo psicoterapeutico Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) y Aaron Beck llamo al suyo Terapia Cognitiva

En terminos generales Beck y Ellis coinciden basicamente en que los pensamientos son un factor importante en la genesis de las emociones y las conductas aunque con diferente modelo de aplicacion

2.1 Terapia Cognitiva de Aaron Beck

El modelo propuesto por Beck (1962) afirma que ante una situacion los individuos no responden automaticamente sino que antes de emitir una respuesta emocional o conductual perciben clasifican interpretan evaluan y asignan significado al estimulo en funcion de sus esquemas *cognitivos* (Obst Camerini 2013) Señala Beck

que en cada caso se deben identificar tres niveles en la organizacion cognitiva del sujeto
pensamientos automaticos creencias intermedias y creencias nucleares

Los pensamientos automaticos constituyen las palabras o imagenes que pasan por la mente de la persona, expresandose principalmente en deducciones que actuan sobre el tipo de reaccion emocional conductual y fisiologica y son considerados como el nivel mas superficial de cognicion Ejemplo Esta lectura es difícil por lo que no la entendere nunca No entiendo por ser tonto luego me siento triste abandono la tarea me siento con una pesadez estomacal (Mainieri Caropreso)

Al ser los pensamientos automaticos lo mas visible en la conducta del individuo y lo mas accesible a su conciencia el proceso terapeutico se dirige primeramente a identificarlos evaluarlos rebatirlos y modificarlos por nuevos pensamientos (Mainieri Caropreso)

Señala Mainieri Caropreso que los pensamientos pueden tener forma verbal (lo que me estoy diciendo a mi mismo) y/o visual (imagenes) y surgen de las creencias y las creencias son ideas que son tomadas por la persona como verdades absolutas

Las creencias parten a menudo de experiencias aprendidas que tienen relacion con eventos de la infancia así como de la interaccion con otros y el mundo que rodea a las personas Estas creencias centrales o nucleares son tan fundamentales y profundas que las personas frecuentemente no logran exteriorizarlas y no tienen clara conciencia de ellas (Ferrer Botero 2010)

Entre el nivel de las creencias nucleares y los pensamientos automaticos se encuentran las creencias intermedias que estan constituidas por reglas actitudes y supuestos Estas creencias estan influidas por las creencias nucleares y los pensamientos automaticos

Entre los pensamientos automaticos mas frecuentes se pueden citas los siguientes (Roberto Mainieri citando Beck A 1976)

- Todo o nada (pensamiento dicotomico) Si no tengo un exito completo soy un fracaso
- Catastrofizacion (adivinando el futuro) No sere aceptado en ese grupo

- Descalificar o descartar lo positivo Me fue bien en el examen fue por pura suerte
- Razonamiento emotivo creer que algo es cierto dado que siento (realmente creo) que es así a pesar de las evidencias en contra Hago todo bien pero siento que soy un fracaso
- Etiquetamiento (propio y a otros) Fracase en la prueba luego soy un perdedor
- Magnificar / Minimizar Al evaluarse a sí mismo a otros y a situaciones magnifica lo negativo minimiza lo positivo el haber obtenido una evaluación mediocre prueba lo inadecuado que soy El haber ganado algunas notas altas no me hace inteligente
- Filtro mental (o abstracción selectiva) atención a detalles negativos en vez de ver la totalidad Dado que gane algunas bajas notas en mis evaluaciones [aunque también incluyan muchas notas altas] estoy haciendo un trabajo mediocre
- Lectura de la mente Creer saber lo que los otros piensan no viendo otras posibilidades igualmente factibles El está pensando que no se nada de este proyecto
- Sobregeneralizaciones Saltar a conclusiones negativas que caen muy fuera del contexto de la situación actual Dado que no me sentí cómodo en esa reunión significa que yo carezco de lo esencial para hacer amistades
- Personalizaciones Creencia de que otros se comportan negativamente por usted sin considerar otras explicaciones más plausibles por su comportamiento El plomero fue seco conmigo porque algo debo haber hecho que le molesto
- Afirmaciones con tengo y debo (imperativas) Ideas precisas y fijas de cómo usted y otros deben comportarse acompañadas de una sobreestimación de lo malo que es que estas expectativas no se cumplan Es terrible que haya cometido un error Yo siempre debo hacer lo mejor
- Visión de túnel Ver solo el aspecto negativo de una situación El maestro de mi hijo no puede hacer nada bien Es crítico y poco sensitivo Es un mal maestro

Es importante destacar que los pensamientos automáticos son los que generalmente llevan a las personas a que se sientan ansiosas, deprimidas, con enojo o con vergüenza en

situaciones donde esas emociones no son realmente necesarias provocando por otro lado conductas de evitación en situaciones seguras y de enfrentamientos innecesarios con los demás (Mainieri Caropreso)

2.2 La Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC)

Los postulados de Ellis dicen que las personas pueden controlar en gran medida sus destinos que son más felices cuando tienen metas y se esfuerzan racionalmente por alcanzarlas y que viven mejor si internalizan el interés en sí mismas y en otros tienen autodirección tolerancia a la frustración e incertidumbre auto aceptación etc (Ellis & Grieger 1990)

Ellis & Grieger (1990) consideran que los problemas conductuales y emocionales podían tener su génesis a partir de tres fuentes el pensamiento la emoción y la conducta y señalan el rol que tienen los pensamientos en las alteraciones psicológicas

El eje de su teoría está representado por una frase sencilla atribuida al filósofo estoico griego Epicteto Las personas no se alteran por los hechos sino por lo que piensan acerca de los hechos (Obst Camerini 2013)

Ellis afirmó que las personas son en gran parte responsables de sus sentimientos perturbados que son generados tanto consciente o inconscientemente Que esas mismas personas disponen de todos los recursos para poder modificar sus pensamientos y traer a sus vidas estados más placenteros y estables (Obst Camerini 2013)

El modelo de Ellis se conoce como el modelo ABC (Mainieri Caropreso citando a Ellis y Bernard 1985)

"A" (por "*Activating Event* ") representa el acontecimiento activador suceso o situación Puede ser una situación o acontecimiento externo o un suceso interno (pensamiento imagen fantasía conducta sensación emoción etc)

B (por *Belief System*) representa en principio al sistema de creencias pero puede considerarse que incluye todo el contenido del sistema cognitivo pensamientos recuerdos imagenes supuestos inferencias actitudes atribuciones normas valores esquemas filosofia de vida etc

Ejemplos de algunas de las principales B en (Ellis & Grieger 1990)

- Observo que la gente se rie como observaciones descripciones y percepciones no evaluativas
- Ya que prefiero caer bien a la gente y se estan riendo (a) creo que se rien conmigo (b) creo que piensan que soy gracioso (c) creo que les gusto (d) me gusta que se reian conmigo o (e) el caerles bien tiene ventajas reales lo cual me gusta como evaluaciones inferencias y atribuciones positivas de preferencia (cogniciones acaloradas)
- Debido a que prefiero caer bien y no mal a la gente y ya que se estan riendo (a) veo que se rien de mi (b) creo que piensan que soy estúpido (c) veo que no les caigo bien (d) me desagrada que se rian de mi o (e) el caerles mal tiene desventajas reales lo cual detesto como evaluaciones inferencia y atribuciones negativas de preferencia (cogniciones acaloradas)
- Debido a que la gente se rie conmigo y presumiblemente les caigo bien debo actuar competentemente y debo ganar su aprobacion (a) 'Soy una persona grande noble' como evaluaciones inferencias y atribuciones absolutistas positivas (cogniciones ardientes creencias irracionales)

C (por "*Consequence* ") representa las conductas y emociones que sabotean los objetivos del sujeto que le dificultan desempeñarse eficientemente y le causan incomodidades y sufrimientos Las 'C' pueden ser de tipo emotivo (emociones) cognitivo (pensamientos) o conductual (acciones)

Esta relacion ABC no es evidente a la mayoría de las personas quienes mantienen que sus dificultades emocionales o sus trastornos del comportamiento ('C) se derivan de los acontecimientos de su vida (A) Sin embargo lo que realmente las lleva a confrontar los problemas emocionales es la forma en que ellas piensan (B) la manera como interpretan su ambiente sus circunstancias las creencias que han desarrollado acerca de si mismo las otras personas o sobre el mundo en general (Terapias Racionales y de Reestructuracion Cognitiva Psicología Online 2013)

La cognicion B o distorsiones en el procesamiento de informacion son las que conllevan a las reacciones C Estos pensamientos o creencias B estan enraizados en experiencias tempranas con componentes innatamente predispuestos y otros aprendidos o adquiridos (Mainieri Caropreso citando a Ellis 1981)

Estas creencias seran calificadas por Ellis como creencias irracionales si son demandantes y de creencias racionales las preferenciales

Diferencia entre creencias irracionales y racionales (Terapias Racionales y de Reestructuracion Cognitiva Psicología Online 2013)

Creencias racionales Son probabilísticas preferenciales o relativas y se expresan en forma de deseos y gustos (me gustaria quisiera no me gustaria) El no lograr lo que se desea no representa obstaculo para proyectar y alcanzar nuevos objetivos o propositos

Creencias irracionales introducen alteraciones en el funcionamiento general de la persona en todos los aspectos de su vida Son absolutistas y tiene cero tolerancia a la frustracion

Las creencias irracionales se caracterizan por 1) derivar de deducciones imprecisas no apoyadas en la realidad 2) expresarse como demandas deberes o necesidades (tengo que estoy obligado a debería) 3) conducir a emociones inadecuadas 4) interferir en la obtencion y el logro de las metas personales (Medrano Galleano Galera & del Valle Fernandez 2010)

El no lograr lo que se desea provoca en la persona emociones negativas inapropiadas como la depresion y la ansiedad que pueden interferir en la persecucion y obtencion de metas y generan alteraciones de la conducta tales como aislamiento demora abuso de sustancias entre otras

Carbonero Martin Anton & Feijo (2010) haciendo referencia a Ellis señalan que las creencias irracionales que mantiene la gente pueden ser infinitas y que Ellis las agrupa en tres peticiones de caracter absoluto que puede manifestar el individuo tengo que actuar bien y ganar la aprobacion por ello tu debes actuar de forma agradable y justa conmigo y mi vida debe ser lo suficientemente buena y facil para conseguir lo que quiero sin demasiado esfuerzo

Mainieri Caropreso hace referencia a la lista de creencias irracionales que presenta Ellis en su libro Reason and Emotion in Psychotherapy Albert Ellis (1980)

- 1 Para el ser humano adulto es una necesidad extrema el ser amado y aprobado por practicamente toda persona significativa de su comunidad
- 2 Para considerarse a si mismo valioso hay que ser muy competente suficiente y capaz de lograr cualquier cosa en todos los aspectos posibles
- 3 Es tremendo y catastrofico el hecho de que las cosas no vayan por el camino que a uno le gustaria que fuesen
- 4 Cierta clase de persona es vil malvada e infame y deberia ser culpabilizada y castigada por su maldad

- 5 Si algo es o puede ser peligroso uno debe sentirse muy inquieto por ello y debera pensar constantemente en la posibilidad de que esto ocurra
- 6 Invariablemente existe una solucion precisa concreta y perfecta para los problemas humanos y si esta no se encuentra sobreviene la catastrofe
- 7 La desgracia humana se origina por causas externas y la gente no tiene capacidad para controlar sus penas y perturbaciones
- 8 Es mas facil evitar que afrontar ciertas responsabilidades y dificultades en la vida
- 9 La historia pasada de uno es un determinante decisivo de la conducta actual y debe seguir afectandole indefinidamente
- 10 Hay que lograr la felicidad por inercia y sin hacer nada o divertirse" solo y pasivamente

Mainieri Caropreso resume que estas ideas irracionales estan contenidas en tres (3) conceptos basicos en los que las personas hacen referencia hacia ellos mismos las personas que las rodean y el mundo

- 1 Tengo que actuar bien y tengo que ganar la aprobacion por mi forma de actuar
- 2 Tu debes actuar de forma agradable considerada y justa conmigo
- 3 Las condiciones de mi vida deben ser buenas y faciles para que pueda conseguir practicamente todo lo que quiero sin mucho esfuerzo o incomodidad

Las actitudes demandantes representadas por estas expresiones conducen a las emociones (o conductas) disfuncionales o auto saboteadoras" que caracterizan a los trastornos que los pacientes intentan eliminar

En sintesis señalan Ellis & Grieger (1990) que la Terapia Racional Emotiva Conductual tiene un cometido claro ayudar a la gente a vivir mas tiempo minimizando sus problemas emocionales y sus conductas contraproducentes y auto actualizarse para que vivan una existencia mas plena y feliz las personas han de cuestionar sus creencias fundamentales (en la mayoria de los casos irracionales) para despues sustituirlas por otras mas constructivas (racionales)

2.3 Terapia de procesamiento cognitivo (TPC)

La TPC desarrollada por Resick y Schnicke (1992) esta diseñada para llevar a los pacientes a darse cuenta por si mismos de la inconsistencia y/o de los pensamientos disfuncionales que mantienen su TEPT combinando la esencia de las terapias basadas en la exposicion con un marcado componente cognitivo propio de la mayoria de las terapias cognitivas (Nezu Nezu & Lombardo 2006)

De acuerdo a Nezu Nezu & Lombardo (2006) en su origen esta terapia se elaboro para tratar los sintomas especificos del TEPT en sobrevivientes de abuso sexual El tratamiento se basa en las teorias de procesamiento de informacion del TEPT que proponen dos condiciones necesarias para la reduccion del temor

- Activacion de la memoria del temor
- Aprender nueva informacion incompatible con las estructuras del temor presentes en el momento

Con el proceso de exposicion sistematica en un ambiente controlado se logra reducir el temor al recuerdo traumatico

Es importante reafirmar que durante el desarrollo de la terapia el terapeuta debe recurrir de forma consistente al cuestionamiento Socratico para lograr inducir el cambio y de esta manera enseñar a los pacientes a cuestionar sus propios pensamientos y creencias (Resick Monson & Chard 2008) Este proceso toca probablemente cogniciones especificas que se vieron afectadas por el ciclo del trauma

La aplicacion de este formato de terapia puede ser de manera individual o de forma grupal y consta de cuatro pasos (Nezu Nezu & Lombardo 2006)

- Psicoeducacion se enfatiza en los pacientes la relacion que existe entre los pensamientos y las creencias que posee cada uno del evento traumatico y los sintomas asociados
- Guia para la identificacion de pensamientos y sentimientos Se le enseña al paciente como detener y modificar los pensamientos y las interpretaciones que hace en relacion al trauma
- Procesamiento del trauma actividad que puede ser realizada con ejercicios de escritura relacionado con el evento traumatico que puede ser leído frente al terapeuta que le ayudara a identificar sentimientos y pensamientos necesarios para el cambio cognitivo
- Reestructuracion cognitiva en la que se busca que el paciente logre utilizar las herramientas cognitivas ofrecidas para modificar no solo las interpretaciones sobre el evento traumatico sino tambien sobre los eventos del aqui y ahora

2.4 Tecnicas de exposicion

La terapia de exposicion se ubica como una de las estrategias de intervencion mas utilizadas en la practica clinica para el abordaje y prevencion del TEPT. De La Rosa Gomez (2013) hace referencia al estudio realizado por (Jaycox y Foa 1996) donde señalan que la exposicion al recuerdo traumatico reducira los sintomas de TEPT. Ellos indican que con el tratamiento la persona aprende que los estímulos que le recuerdan el suceso no le hacen daño y que por lo tanto recordar no implican revivir la amenaza.

Villavicencio Carrillo & Montalvo Calahorra (2011) cita a (Echeburua y Corral 2008 pag 162) quien señala que exponerse a imagenes traumaticas bajo el control de un terapeuta ayuda a transformar las imagenes y sensaciones dolorosas mantenidas en la memoria emocional en sucesos ordenados espacial y temporalmente bajo el control de la memoria verbal.

El fundamento teorico de la terapia de exposicion radica en que en un primer momento activa el miedo presente en los recuerdos traumaticos para despues permitir al paciente tener una experiencia correctora en ausencia de consecuencias aversivas (Villavicencio Carrillo & Montalvo Calahorra 2011)

En el TEPT la Terapia de Exposicion abarca la exposicion en imaginacion que incluye recordar o exponerse varias veces el evento traumatico con el objetivo de reducir el temor asociado a los pensamientos o estímulos asociados con el trauma y la exposicion en vivo, donde se confrontan de manera real las situaciones y objetos que evocan la respuesta emocional (Pieschacon Fonrodona 2011)

Joseph & Gray (2008) hace referencia a la efectividad de diferentes estudios entre ellos los realizados por Resick Monson & Gutner (2007) donde ambos autores recomiendan la terapia de exposicion como el tratamiento por excelencia para los pacientes con TEPT debido a su comprobada eficacia y relativa facilidad de aplicacion

Cita Villavicencio Carrillo & Montalvo Calahorra (2011) que la terapia de exposicion es el tratamiento que cuenta con un mayor numero de estudios controlados dirigidos a evaluar su eficacia

En general la exposicion a la memoria traumatica se inicia en la sesion y se pide a la paciente que escuche la grabacion de su recuerdo traumatico como tarea entre sesiones

El proposito de la exposicion en la imaginacion es permitir que se procese completamente el suceso traumatico

- los recuerdos sobre el trauma no son peligrosos en si mismos y no es lo mismo que re experimentar el trauma de nuevo
- la ansiedad puede controlarse sin escapar o evitar los estímulos temidos
- la ansiedad y los sintomas de TEPT se pueden experimentar sin perder el control

La exposicion daria lugar a la mejora a causa de dos procesos distintos pero relacionados Primero existe habituacion de la ansiedad Segundo existe el aprendizaje de que la

exposicion no conducira a la amenaza

En lineas generales para reducir la ansiedad condicionada y los recuerdos relacionados con el trauma la terapia de exposicion utiliza diversos procedimientos que varian en funcion del metodo de presentacion de los estímulos temidos (en vivo o via la imaginacion) y en terminos de la tasa o la intensidad de la presentacion (gradual y jerarquica o no graduada) (Baguena Puigcerver 2001)

Pieschacon Fonrodona (2011) enfatiza la efectividad de la terapia al referirse al resultado de 12 estudios controlados metodologicamente en donde varios de ellos obtuvieron los estandares dorados de resultados clinicos demostrando la efectividad de la misma en el tratamiento del TEPT (Foa y Meadows 1997)

Caballo (2007) cita a Foa y Kozak (1986) quienes refieren que las tecnicas de exposicion se basan realmente en la teoria del aprendizaje y en la del procesamiento emocional Señalan que una vez que el paciente procesa emociones relacionadas con el trauma permitiendo que se habituen el paciente es capaz tambien de procesar el recuerdo traumatico que anteriormente habia evitado

De igual manera Caballo (2007) cita a Foa et al (1991) que sugieren que por medio de la exposicion reiterada al recuerdo traumatico se genera un registro de la memoria mas preciso que permite que el paciente reevalue los significados ligados al recuerdo del trauma y que los integre mas facilmente con los esquemas cognitivos existentes

En cuanto a las modalidades de aplicacion de la Psicoterapia de Exposicion Korb (2003) cita a Foa (1998) y presenta

- Exposicion en imaginacion

Sesiones de una hora y media en las cuales se realiza Informacion
razonamiento del tratamiento y planificacion del tratamiento

Se instruye al paciente para que Imagine la escena lo mas vividamente
posible permanezca en el presente enfasis en los niveles del detalle
enfocar los colores examinar los sentimientos y pensamientos

Se examinan de acuerdo al tipo de trauma los asuntos relacionados con
la escena las respuestas fisiologicas y las señales tanto internas como
externas

- Exposicion in vivo

Implica las siguientes fases

Una lista de las funciones principales y objetos que se evitan

Evaluacion constante de los niveles de ansiedad

Inicio gradual

Permanecer en la situacion temida al menos entre treinta a cuarenta y cinco
minutos

Asegurarse de que el paciente este acompañado

Evaluar donde se va a hacer la intervencion

2 4 1 Desensibilizacion sistematica

Corresponde a una tecnica de intervencion terapeutica orientada a disminuir
sintomatologia conductual de miedo y evitacion Es la pionera de las psicoterapias por
exposicion es gradual metodica y progresiva generalmente acompañada de un estado de
calma y relajacion (Kort 2003)

El origen de la tecnica corresponde a Wolpe (1958) el cual ideo la DS con la finalidad de
reducir las reacciones de ansiedad

En cuanto a las tres operaciones principales de la DS Kort (2003) señala

- Identificar los temas de los estímulos de las reacciones neuroticas anotando varias situaciones en cada tema y después ordenándolas en grados de intensidad
- Entrenar al paciente en la relajación muscular progresiva o estado de calma
- Presentar en la imaginación del paciente primero el aspecto catalogado como el menos angustiante hasta que no provoque más ansiedad y seguir así con el resto de los aspectos hasta que el más fuerte no evoque ansiedad alguna

Para Kort (2003) es importante indicar que es factible deducir que los temores irracionales no pueden superarse únicamente con el raciocinio sino que se requiere la evocación de una respuesta autónoma. Esta afirmación la realiza en base a que un trastorno de ansiedad es un temor a situaciones que no presentan ningún peligro real y que evoca una conducta de una serie de hábitos emocionales de naturaleza inadecuada considerando que los hábitos de temor fundamentalmente son una función del sistema nervioso autónomo.

La DS requiere que paciente y terapeuta programen y organicen muy cuidadosamente una jerarquía de situaciones típicas según el grado de temor que generan especificando la mayor cantidad de detalles posibles además de entrenarse en relajación progresiva.

Esta técnica busca que la relajación inhiba progresivamente la ansiedad que disparan las situaciones imaginadas de manera que se rompa el vínculo entre la imagen estresora y la respuesta de ansiedad. Así el paciente aprenderá una nueva asociación lo que antes le provocaba miedo ahora queda conectado a un estado de calma y tranquilidad inducido mediante la relajación.

El siguiente paso consiste en guiar al paciente a que enfrente sus temores de manera real. En este caso hablamos de desensibilización sistemática in vivo. Por supuesto el ejercicio imaginario previo facilita sobremanera el afrontamiento en la vida real.

Aplicado al tratamiento del TEPT Baguena (2001) señala que diversos estudios reportan efectos positivos de la aplicación de la técnica en veteranos de guerra víctimas de accidentes automovilísticos y en mujeres víctimas de violación.

Para concluir señala Korb (2003) que el valor sobresaliente de la psicoterapia de DS es que permite escuchar trastornos clínicos de naturaleza compleja y obtusa a la luz de las respuestas específicas de huida las cuales se extinguen en pequeñas sesiones terapéuticas

2.5 Técnicas de Manejo de Ansiedad

La capacidad de relajarse está en la base misma de cualquier programa que se emprenda para superar la ansiedad asociada con eventos traumáticos

Con estas técnicas se ofrecen al paciente herramientas que les permiten reducir la ansiedad relacionada con el TEPT Bourne (2015) nos ofrece algunas de las técnicas más habituales que ayudan al paciente a reducir los síntomas de ansiedad producto de la experiencia traumática

Métodos físicos de relajación

- Respiración profunda
- Relajación muscular progresiva
- Relajación muscular pasiva

Sistemas mentales de relajación

- Visualización de una escena apacible
- Meditación
- Biofeedback
- Música relajante

Señala Bourne (2015) que durante los últimos veinte años se han documentado numerosos beneficios derivados de la relajación profunda

- Reducción de la ansiedad producto de la experiencia traumática
- Evitar que el estrés se convierta en acumulativo
- Aumento del nivel de energía y de la productividad

- Mejora la concentracion y la memoria
- Reduccion del insomnio y la fatiga
- Reduccion de los trastornos psicomaticos como hipertension migrañas dolores de cabeza asma ulceras
- Mayor confianza en uno mismo y menor sentimiento de culpa
- Mayor acceso a los sentimientos

2 5 1 Respiracion profunda y control respiratorio

El objetivo de estas tecnicas es conseguir una utilizacion mas completa de los pulmones consiguiendo una respiracion mas profunda facilitando así el control voluntario de la respiracion y manteniendo este control para que pueda ser utilizado hasta en las situaciones de mayor estres

El ayudar a las personas a controlar algo que en esencia es un proceso natural les brinda una herramienta de control de emociones y sensaciones desde una perspectiva cognitiva La concentracion en la respiracion puede ayudar a controlar el desarrollo y mantenimiento de pensamientos negativos recurrentes o simplemente facilitarle a la persona para que se desconecte de preocupaciones y pensamientos que le generan estres (Amodeo Escribano Programa de control de la ansiedad 2013)

Lo mas importante en este tipo de terapia es la constancia de la persona Debe mantener el ritmo especifico de repeticiones de los ejercicios asignados en ambiente habitual

Entre las consideraciones basicas que debe seguir la persona para el exito de esta terapia Amodeo Escribano (2013) cita las siguientes

- Se debe practicar el ejercicio en un ambiente silencioso y en penumbra evitando estímulos distractores

- Se deben realizar en una postura comoda y con los ojos cerrados
- Importante concentrarse en las sensaciones corporales
- Los ejercicios se deben repetir varias veces al dia durante al menos la primera semana en el ambiente regular de actividades
- Se considera como imprescindible repetir los ejercicios un minimo de tres veces al dia
- Basta con practicar cinco minutos

El ciclo de ejercicios puede seguir la rutina presentada en Amodeo Escribano (2013) aunque existen diferentes esquemas para este tipo de terapia

- Inspiracion abdominal
- Inspiracion abdominal y ventral
- Inspiracion abdominal ventral y pectoral
- Espiracion
- Ritmo inspiracion espiracion

La duracion de cada ejercicio sera de dos a cuatro minutos seguidos del mismo periodo de descanso Cada ciclo se repetira al menos tres o cuatro veces o hasta que la persona aprenda a realizarlo correctamente

El objetivo final es que la persona aprenda a utilizar estas tecnicas en situaciones cotidianas o desfavorables en las que se puede utilizar para disminuir la tension Se van repitiendo los ejercicios modificando las condiciones de la practica ojos abiertos de pie andando con ruido con otras personas etc Es importante ir graduando la practica en orden de dificultad creciente (Amodeo Escribano Programa de control de la ansiedad 2013)

2 5 2 Relajacion muscular

La relajacion muscular es un proceso por el cual se reduce la tension contractil de los musculos voluntarios. La relajacion ejecutada sin contraccion es un procedimiento pasivo. El trabajo de Jacobson abarca tension relajacion y la relajacion pasiva.

Relajacion muscular progresiva

Esta tecnica fue desarrollada originalmente por Jacobson en 1929 y esta dirigida a conseguir niveles profundos de relajacion muscular.

El procedimiento basico consiste en entrenar al paciente en el control de su propia tension corporal mediante la realizacion voluntaria de una secuencia de ejercicios en que se tensan y luego se relajan diversas zonas musculares que habitualmente se asocian al estres.

El fundamento de la tecnica se basa en que las respuestas del organismo a la ansiedad provocan pensamientos y conductas que producen tension muscular en la persona y esta tension aumenta la sensacion de ansiedad en la misma.

La relajacion muscular profunda reduce la tension fisiologica y por tanto es incompatible con la sensacion de ansiedad que le provoca a la persona el pensamiento intrusivo.

Citando a Amodeo Escribano (2013) se presentan los principios o supuestos basicos de esta terapia:

- Principio de la vivencia de contrastes: si la persona vive fuertemente la tension muscular podra discernir mejor la relajacion.
- Progresiva: la persona aprende a relajar uno tras otro los distintos grupos de musculos de su cuerpo.
- Diferencial: la persona aprende a controlar el nivel de tension de cada uno de los distintos grupos musculares.

La relajación muscular al igual que otras habilidades motoras se perfecciona con la práctica. Por ello, las tareas para casa consisten en que el sujeto practique todos los días dos veces, una por la mañana y otra por la tarde o noche, durante 15-20 minutos cada vez (Amodeo-Escribano, Programa de control de la ansiedad, 2013).

Relajación muscular pasiva

La relajación muscular pasiva consiste en la revisión sistemática de los grupos musculares esqueléticos del cuerpo. El objetivo es que el individuo pueda identificar cualquier tipo de tensión y sea capaz de liberarla (Payne, 2005).

Este tipo de relajación requiere conocimiento previo del enfoque de tensión-relajación. Es mediante la tensión-relajación que la persona aprende a percibir las sensaciones asociadas con la tensión muscular: sensaciones que le ayudan a identificar y a liberar la tensión.

El trabajo de Payne (2005) indica que la relajación pasiva tiene ciertas ventajas prácticas sobre otros métodos activos:

- Las secuencias pueden ejecutarse sin atraer la atención hacia el individuo que las lleva a cabo.
- Las rutinas pasivas requieren menos inversión de tiempo para ejecutarlas que las de tensión-relajación.
- El método es adecuado para personas con discapacidad física.

2.5.3 Visualización de una escena apacible

La Real Academia Española de la Lengua define visualización como acción y efecto de visualizar (Real Academia Española, 2017), es decir, formar en la mente una imagen visual de un concepto abstracto o imaginar con rasgos visibles algo que no se tiene a la vista.

Señala Valiente (2006) que el uso de imágenes mentales en psicoterapia es tan viejo como la historia de la propia psicoterapia. Tanto en el chamanismo originario de estepas septentrionales de Asia, Eurasia y América, como los antiguos griegos o la medicina oriental, se han servido de la visualización para explicar y tratar enfermedades con la convicción de que su uso aumentaba las probabilidades de recuperación y supervivencia de los enfermos.

A pesar de que el uso de las imágenes mentales ha formado parte de la historia de la psicoterapia, la revolución conductista a principios del siglo XX dejó desacreditada su utilidad, quedando excluidas de la investigación psicológica.

Durante cuarenta años las imágenes fueron condenadas al ostracismo. Fue a partir de los años sesenta, cuando se produce un decidido retorno a la investigación psicológica de las imágenes y de sus aplicaciones terapéuticas (Valiente, 2006).

Bourne (2015) presenta una amplia explicación de la técnica, indicando que al igual que en la relajación pasiva, no se requiere mucho esfuerzo. Señala que la persona requiere de poco esfuerzo para alcanzar los beneficios de la misma. El individuo ha de colocarse en una posición cómoda, cerrar los ojos, escuchar un CD o un MP3 con una visualización grabada, entre veinte y treinta minutos de duración, preferiblemente a la misma hora cada día.

Las visualizaciones, según (Arthritis Foundations, 2016), pueden adaptarse a las necesidades y preferencias individuales de las personas:

- Visualización con colores para dolores en alguna zona del cuerpo
- Visualización con símbolos para dolor intenso en una articulación
- Visualización con escenarios para problemas de estrés

Lo importante de esta tecnica es que la persona visualice la escena con suficiente detalle como para que aborde toda su atencion. Cuando la persona se sumerja en la apacible escena hara que su estado de relajacion sea profundo y experimentara efectos fisiologicos reales: la tension muscular disminuira, el ritmo cardiaco se ralentizara, la respiracion se hara mas profunda, los capilares se abriran, se calentaran las manos y pies y asi sucesivamente.

2.5.4 Meditacion

La tecnica de meditacion persigue que los individuos aprendan a vivir las cosas tal como son y por tanto neutralizan las emociones que causan dolor o sufrimiento.

Cuando una persona medita, el organismo es capaz de liberar la respuesta innata de cada cual a luchar o a huir, ayudando a mantener plena y activa un cierto nivel de relajacion que favorece la tranquilidad y la paz interior (Bourne, 2015).

Esto permite una respiracion lenta, pausada y relajada, asi como una presion sanguinea y un ritmo cardiaco regulados, repercutiendo por ende en una reconfortante relajacion muscular.

Se elimina la tension y en el momento preciso cuando se medita se producen cambios diversos en la actividad de las ondas cerebrales y el cuerpo entra en un estado mental trascendente o vibratoriamente superior.

Las distintas tecnicas de meditacion pueden aportar grandes beneficios psicologicos.

2.5.5 Biofeedback (biorretroalimentacion)

La tecnica del *biofeedback* es un tratamiento que facilita que las personas aprendan a influir sobre los procesos involuntarios de su cuerpo. *Biofeedback* puede traducirse al

castellano como biorretroalimentacion y puede considerarse como tecnologia de los sensores aplicada a la psicoterapia

Permite la obtencion de conocimientos acerca de la ejecucion de alguna parte de nuestro cuerpo tal como el corazon el cerebro o los musculos

Generalmente cuando la literatura hace referencia a biorretroalimentacion se refiere al uso de instrumentacion para amplificar la informacion acerca de procesos corporales que no son visibles a simple vista tales como las ondas cerebrales la presion arterial o la circulacion

La tecnica del *biofeedback* es utilizada para tratar no solo la ansiedad el estres o los dolores y contribuir asi a la relajacion de los pacientes sino que tambien es utiliza para tratar la depresion el asma problemas circulatorios el bruxismo

Existen cuatro tipos principales de instrumentacion de biorretroalimentacion ya disponibles para el uso clinico en psicoterapia (Thomson 1983)

- Instrumentos de Medicion de Temperatura la temperatura externa de la periferia puede dar una indicacion de estres o de relajacion
- Instrumentacion para la Respuesta Galvanica de la Piel (GSR) examina la cantidad de conduccion o resistencia al paso de una pequena corriente electrica a traves de la piel dando por lo tanto una indicacion de la excitacion del sistema nervioso autonomo

Thomson (1983) en su trabajo sobre los usos de la biorretroalimentacion presenta los beneficios de la utilizacion de la instrumentacion GSR en las sesiones de psicoterapia Indica que es dificil negar que el modo de pensar o de hablar acerca de ciertos temas produce un efecto fisiologico cuando el instrumento no el psicologo esta mostrando que hay una reaccion fisiologica definida ante dichos temas

- Instrumentacion Electromiografica es el instrumento favorito para la relajacion asistida por la biorretroalimentacion o para la relajacion junto con programas de manejo del estres Segun Thomson (1983) este instrumento es esencial para

trabajar con clientes en el manejo de dolores de cabeza tensionales o en la disminucion de la tension en el cuello y los hombros

Las sesiones de *biofeedback* siempre estan supervisadas por un terapeuta que guiara todo el proceso desde la fijacion de objetivos hasta el transcurso de cada una de las sesiones que duran menos de una hora

Una sesion de *biofeedback* suele durar entre 15 y 25 minutos y en ella la persona se sienta en una silla y es conectada al aparato de *biofeedback* mediante unos sensores que se colocan en su piel. Principalmente es en los dedos pero puede ser en otras partes. Los impulsos electricos se registran y pueden ser tambien visualizados en una pantalla

Una vez interpretados los datos obtenidos se puede comprender que procesos internos se desencadenan cuando una persona tiene ansiedad o altos niveles de estres

En ocasiones el paciente puede seguir utilizando la tecnica de *biofeedback* fuera de consulta una vez que se le ha proporcionado los instrumentos necesarios y ha aprendido a usarlos sin pedir ayuda. Sin embargo aunque el terapeuta no este presente en estos casos podra consultar los registros obtenidos por los sensores para ver los progresos que se han hecho (Torres s f)

Señala Torres (s f) que en lo que respecta a la relajacion el *biofeedback* permite que la persona conozca sus niveles de activacion y pueda aprender a inducir estados de relajacion corporal

2 5 6 Musica relajante

Para Bourne (2015) la musica relajante puede ayudar a las personas a tener un espacio de serenidad que puede llegar a ser impermeable a las tensiones y problemas de la vida cotidiana. Puede ayudar a los individuos a salir de un estado de animo depresivo

La musica relajante es uno de los metodos mas potentes y consagrados para soltar la ansiedad o la preocupacion

2.6 Detención y control de pensamiento

Las técnicas de detención del pensamiento consisten en que ante la aparición de un síntoma intrusivo el paciente utiliza una clave verbal dirigida a detener el pensamiento displacentero. Esta técnica resulta útil solo en aquellos momentos en que al paciente le resulte imposible exponerse al pensamiento traumático (Guerra & Plaza 2009).

Utilizar esta técnica en exceso puede resultar contraproducente ya que puede constituirse en una estrategia de evitación que perpetúa la sintomatología del TEPT (Guerra & Plaza 2009).

Dos características importantes de este tipo de pensamientos es que son improductivos (es decir, no llevan a tomar acciones para resolver lo que preocupa) y no se adaptan a la realidad.

El objetivo de esta técnica es que la persona focalice su atención en los pensamientos no deseados, los experimente por un breve periodo de tiempo y luego los detenga mediante alguna orden como 'basta', algún ruido, tirar de un elástico colocado en la muñeca, aplaudir, entre otros y luego vaciar la mente.

Considerando los efectos secundarios adversos de la detención del pensamiento para esta investigación se optó exclusivamente por la técnica de control del pensamiento para atacar los pensamientos intrusivos sin perpetuar el patrón de reforzamiento negativo que mantiene los síntomas evitativos.

CAPITULO III

METODOLOGIA

1 Planteamiento del problema

En las adolescentes del albergue el recuerdo del maltrato recibido las mantiene con pensamientos recurrentes del daño sufrido. Este pensar continuamente en lo vivido tiene para ellas un desgaste emocional que las lleva a ver más al pasado que al presente y a sentir que la vida no tiene sentido.

La desmotivación no les permite desarrollar sus talentos ni mejorar su rendimiento escolar. Viven con un estado de estrés permanente.

Ante esta realidad la pregunta de investigación es:

¿Los síntomas de estrés postraumático clínicamente significativos en las adolescentes residentes en el Albergue disminuirán con la aplicación de la terapia cognitivo conductual?

2 Justificación

El TEPT no se desarrolla en todo el que se expone a un suceso traumático.

Existen varios factores de riesgo que incrementan la posibilidad de su aparición y cronicidad, tales como experimentar el evento en etapas tempranas de la vida, que el evento traumático sea reiterado, que o quien provocó el hecho traumático y la historia personal de estrés del paciente.

Las adolescentes participantes de este programa han sido víctimas de reiterados maltratos en edades muy tempranas de su vida y por las condiciones familiares en que vivían no se les realizó ningún tipo de intervención o tratamiento en el momento del trauma.

El tiempo transcurrido no ha evitado que los efectos de la situación traumática se manifiesten en las adolescentes y a pesar de encontrarse en el Albergue con un ambiente diferente, sentirse seguras, acogidas y protegidas, de tener la posibilidad de

participar en actividades sociales recreativas y educativas la sintomatología del estrés postraumático no deja de reflejarse en su diario vivir

3 Objetivos de la investigación

3.1 Objetivos generales

- a Describir los síntomas de estrés postraumático que presentan las adolescentes víctimas de maltrato residentes en el Albergue
- b Identificar el grado de afectación emocional de las adolescentes residentes en el Albergue producido por el maltrato recibido
- c Demostrar la eficacia del tratamiento de la técnica cognitivo conductual en las adolescentes víctimas de maltrato residentes en el Albergue

3.2 Objetivos específicos

- a Describir las características de las adolescentes víctimas de maltrato residentes en el Albergue emocionalmente afectadas
- b Enumerar los cambios cognitivos y conductuales que se realizan en las adolescentes que participan en el programa de intervención psicoterapéutico
- c Validar estadísticamente la efectividad de la terapia recibida

4 Hipotesis

4.1 Hipotesis conceptual

Las adolescentes residentes en el Albergue que presentan síntomas clínicamente significativos del Trastorno de Estrés Postraumático que participen del programa de intervención con psicoterapia cognitivo conductual reduzcan el nivel de estrés postraumático producto del maltrato recibido

4.2 Hipotesis estadística

H₀ La terapia cognitivo conductual no reduzca en las adolescentes residente en el Albergue los síntomas clínicamente significativos de estrés postraumático

H₁ La terapia cognitivo conductual reduzca en las adolescentes residente en el Albergue los síntomas clínicamente significativos de estrés postraumático

$$H_0 \quad X_1 = X_2$$

$$H_1 \quad X_1 \neq X_2$$

5 Variables

a Variable independiente el programa de intervención psicoterapéutico basado en el modelo cognitivo conductual para reducir los niveles de estrés postraumático

b Variable dependiente Estrés postraumático

6 Definición de las variables

a Definición conceptual de la variable independiente

La Terapia Cognitivo Conductual puede ayudar a cambiar la forma de ver los acontecimientos así como la manera de actuar a las personas que son intervenidas con la misma y estos cambios las pueden ayudar a sentirse mejor En el caso de las adolescentes residentes en el Albergue les permitira aceptar que el trauma vivido no debe continuar arruinando su vida

b Definicion operacional de la variable independiente

Operacionalmente puede definirse esta variable como terapias cognitivas y conductuales que se realizan una (1) vez por semana de forma individual o grupal para lograr la disminucion de los sintomas del Trastorno de Estres Postraumatico presente en las adolescentes victimas de maltrato residentes en el Albergue

Este proceso esta estructurado de la siguiente manera

- | | | |
|-------------|------------|--|
| • Sesion N° | 1 | Establecimiento de <i>rapport</i> y entrevista |
| • Sesion N° | 2 | Historias de vida |
| • Sesion N° | 3 y 4 | Pre test |
| • Sesion N° | 5 6 y 7 | Tecnicas de relajacion |
| • Sesion N° | 8 y 9 | Introduccion ABC de TCC |
| • Sesion N° | 10 y 11 | Pensamientos intrusivos
Tecnicas de detencion |
| • Sesion N° | 12 y 13 | Creencias nucleares
Distorsiones cognitivas |
| • Sesion N° | 14 y 15 | Resolucion de problemas |
| • Sesion N° | 16 17 y 18 | Exposicion |
| • Sesion N° | 19 y 20 | <i>Role playing</i> |
| • Sesion N° | 21 | Post test |
| • Sesion N° | 22 y 23 | Seguimiento |

c Definicion conceptual de la variable dependiente

Estres Postraumatico es el cambio de la respuesta del cuerpo a una circunstancia estresante Normalmente despues del evento el cuerpo se recupera Las hormonas y los quimicos del estres que el cuerpo secreta debido a dicho estres regresan a los niveles normales Por alguna razon en una peisona con estres postraumatico el cuerpo sigue secretando las hormonas y los quimicos del estres Es un tipo de trastorno de ansiedad Puede ocurrir despues de que uno ha experimentado un trauma emocional que implica una amenaza de lesion o de muerte (Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos 2017)

El termino Estres Postraumatico engloba dos aspectos bien definidos por una parte una respuesta de estres que naturalmente es patologica y por otra el trauma Estres es un concepto cientifico que alude a una respuesta inespecifica del organismo ante una demanda Frente a un estresor el organismo respondera buscando la adaptacion y el equilibrio El estresor puede ser fisico o psicologico y la respuesta puede resultar adaptativa o patologica (Carvajal C 2002)

d Definicion operacional de la variable dependiente

El estres postraumatico sera evaluado mediante

- Escala de gravedad de sintomas del Trastorno de Estres Post Traumatico Para evaluar la gravedad de los sintomas
- Inventario de Cogniciones Postraumaticas para evaluar los pensamientos y las creencias relacionados con el trauma
- Indice Global de Duke para el Trastorno de Estres Postraumatico evalua los cambios en la gravedad del trastorno por estres postraumatico asociados a un tratamiento

7 Diseño de investigacion

Diseño cuasi experimental con pre y post test con un solo grupo en el que se evaluara la efectividad del procedimiento psicoterapeutico aplicado (Sampieri Collado & Baptista 1998)

Figura N° 2

Diseño de investigacion



G se refiere al grupo que recibe el tratamiento

O₁ representa la primera medicion realizada al grupo que recibe el tratamiento (pre test)

X representa el tratamiento o intervencion (Terapia Cognitivo Conductual)

O₂ representa la segunda medicion realizada al grupo que recibe el tratamiento (post test)

8 Diseño estadistico

Los resultados seran analizados a traves de estadistica descriptiva e inferencial Seran sometidos a prueba de hipotesis mediante la t de Student con un alfa (α) de 0.05 para determinar si existen diferencias estadisticamente significativas entre los puntajes del pre test y el post test en cada caso

9 Poblacion y muestra

9.1 Poblacion

Son todas las adolescentes residentes en el Albergue objeto de esta investigacion victimas de maltrato que son referidas de diferentes instituciones tales como el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) la SENNIAF y los Juzgados de menores

9.2 Muestra

Se seleccionaron las adolescentes residentes en el albergue con sintomas clinicamente significativos del Trastorno de Estrés Post Traumático y que al momento de realizar la investigacion y cumplan con los criterios de inclusion

9.3 Criterios de inclusion

- Tener menos de 18 años
- Residir en el albergue
- Presentar sintomas clinicamente significativos del TEPT
- Tener el deseo de participar en el programa
- No tomar ningun tipo de medicamento para trastornos mentales
- No estar en ningun programa de intervencion psicoterapeutico

9.4 Criterios de exclusion

- Tener mas de 18 años
- No residir en el albergue
- No presentar sintomas clinicamente significativos del TEPT
- No tener el deseo de participar en el programa
- Tomar algun tipo de medicamento para trastornos mentales

- Estar participando de algun programa de intervencion psicoterapeutico

10 Instrumentos de medicion y evaluacion

El desarrollo de instrumentos de evaluacion para el Trastorno de Estres Postraumatico es bastante reciente comparado con otros trastornos de ansiedad

Se utilizaron diferentes instrumentos para determinar la efectividad del programa psicoterapeutico aplicado

En Crespo & Gomez (2003) se presenta un cuadro en el que se reflejan los instrumentos mas comunes utilizados para la evaluacion de los sintomas del Trastorno de Estres Postraumatico De estos se escogieron aquellos que permiten determinar la presencia o ausencia del trastorno gravedad de los sintomas evaluacion de la experiencia traumatica y del cambio terapeutico

- **Entrevista diagnostica estructurada** Tal y como indica Pieschacon Fonrodona (2011) en la investigacion clinica las entrevistas estructuradas se emplean para garantizar la sintomatologia del TEPT

Señala que las entrevistas diagnosticas tienen la ventaja de definir con precision la manera como se realizo el diagnostico

Indica Pieschacon Fonrodona (2011) que el empleo de entrevistas en contextos clinicos es poco comun debido a la dificultad que implica administrarlas en terminos de costos tiempos y entrenamientos

En esta investigacion por tener una muestra relativamente pequeña se aplico la Entrevista Estructurada para el Trastorno de Estres Postraumatico de Davison para ayudar a obtener un diagnostico mas certero (ver anexo 1)

Escala de gravedad de síntomas del Trastorno de Estrés Post Traumático criterios diagnósticos del DSM IV que sirve para evaluar los síntomas y la intensidad del trastorno en víctimas de diferentes sucesos traumáticos (Echeburúa de Corral Amor Zubizarreta & Sarasua 1997)

La escala que funciona a modo de entrevista estructurada facilita el diagnóstico desde una perspectiva categorial y mide la severidad del trastorno al cuantificar cada síntoma según su frecuencia e intensidad

Esta estructurada en formato tipo *Likert* de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad de los síntomas (ver anexo2)

En Cáceres Ortiz (2011) se describe el contenido de este instrumento y se presenta el grado de confiabilidad del mismo haciendo referencia a (Echeburúa y otros 1997) La eficacia diagnóstica de la escala alcanza el 95.4% con una sensibilidad del 100% y una especificidad del 93.7%

El instrumento consta de 17 ítems de los cuales 5 hacen referencia a los síntomas de reexperimentación 7 a los de evitación y 5 a los de hiperactivación. El rango es de 0 a 51 en la escala global de 0 a 15 en la subescala de reexperimentación de 0 a 21 en la de evitación y de 0 a 15 en la de activación. El punto de corte propuesto para detectar la gravedad clínica de este trastorno es de 15 puntos en la escala global y de 5, 6 y 4 en la subescala de reexperimentación evitación y activación respectivamente. Siguiendo los criterios diagnósticos los sujetos deben presentar al menos un síntoma de reexperimentación tres de evitación y dos de aumento de la activación para hacer el diagnóstico de TEPT siendo necesario puntuar al menos dos para ser considerado síntoma (Cáceres Ortiz 2011)

Heteroaplicado es decir se les presentan a las participantes las preguntas de forma oral y se llena el cuestionario utilizado para la investigación. Se aplica esta forma de llenar el cuestionario con el objetivo de recoger la mayor cantidad de información posible de acuerdo a una estrategia de entrevista semiestructurada (Ojuela Roa 2009)

- **Inventario de Cogniciones Postraumaticas** creencias relacionados con el trauma (ver anexo 3)

Tiene como objetivo evaluar las cogniciones negativas desarrolladas tras la ocurrencia del trauma en aquellas personas victimas de un acontecimiento traumatico. Es un instrumento de evaluacion autoaplicado compuesto de 36 items que representan tres factores principales: cogniciones negativas a cerca de uno mismo, cogniciones negativas sobre el mundo y auto culpabilizacion por lo sucedido. Los items estructurados en una escala de tipo *Likert* presentan siete categorias de respuesta que oscilan de 1 (totalmente en desacuerdo) a 7 (totalmente de acuerdo). La puntuacion global recoge la suma de estas tres sub escalas, siendo a mayor puntuacion mayor el nivel de pensamientos distorsionados (Caceres Ortiz 2011).

- **Indice Global de Duke para el Trastorno de Estres Postraumatico**, se aplico para valorar la sensibilidad al cambio en los Trastornos de Estres Postraumatico (TEPT) tras la aplicacion de un tratamiento. Explora los tres componentes sintomatologicos fundamentales en este tipo de procesos:

- ✓ Componente intrusivo (sueños, pesadillas, pensamientos, recuerdos, imagenes, reviviscencias, molestias por los recuerdos)
- ✓ Componente evitativo / paralizante (pensamientos, situaciones, retraccion, distanciamiento, paralización, amnesia)
- ✓ Componente de hiperactivacion (respuesta de sobresalto, estar en el limite, concentracion, sueño, irritabilidad)

Consta de cuatro items que cuantifican el cambio en la gravedad de los cuatro componentes. Cada item es contestado siguiendo una escala tipo de 7 grados (1= muchisimo mejor, 7 = muchisimo peor). La puntuacion total puede oscilar de 4 a 28 puntos (ver anexo 4) (Estudio del psicoanálisis y psicologia 2017).

Cuadro N° 5

Instrumentos de Evaluación del Trastorno de Estrés Post Traumático

PRUEBA AUTORES	FORMATO Y CONTENIDO	ADAPTACIÓN ESPAÑOL
Esala para el TEPT administrada por el clínico. CAPS-1 y CAPS-2. Blake et al., 1990.	Entrevista 3 ítems naturaleza y repercusión del acontecimiento 17 ítems (criterios B, C y D del DSM IV) 5 síntomas asociados	Bobes et al. 2000.
CIDI Breslau et al., 1999	Entrevista 23 ítems (criterios CIE-10)	Rubio Stapez Bravo y Canino (1991)
Cuestionario de experiencias traumáticas TQ Davidson, Hughes y Blazer 1990	Cuestionario 44 ítems (criterios A, B, C y D del DSM IV)	Bobes et al. 2000
Escala de Trauma de Davidson DTS. Davidson et al., 1997	Escala Autoaplicada 17 ítems (criterios B, C y D del DSM IV)	Bobes et al., 2000
Escala de 8 ítems para los Resultados del Tratamiento del TEPT TOP 8. Davidson y Colket., 1997	Entrevista 18 ítems (síntomas criterios B, C y D del DSM IV) los más sensibles al cambio: Criterio B: recuerdos recurrentes e intrusos y respuestas fisiológicas Criterio C: evitación, desaparición, restricción de vida afectiva, y reducción de interés Criterio D: hipervigilancia, y sobresalto exagerado	Bobes et al. 2000
Entrevista estructurada para el TETP (SI PTSD o SH) Davidson, Malik y Travers, 1997	Entrevista 17 ítems (criterios B, C y D del DSM IV) 2 ítems sobre culpabilidad	No
Índice Global de Duke de Mejoría del TEPT DRCP Davidson et al. 1998	Escala Heteroaplicada 4 ítems valoración efectos del tratamiento (los 3 ítems de síntomas del DSM IV y uno de evaluación global)	Bobes et al. 2000
ADIS-R PTSD Di Nardo y Barlo 1985	Entrevista 17 ítems (síntomas DSM IV, 17 ítems B, C, D)	No
Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT Elchburgen et al. 1997	Entrevista 17 ítems (criterios B, C y D del DSM IV) Subescala de síntomas psicofisiológicos del ataque de pánico	-
Modified PTSD Symptom Scale Self Report MPSS-SR. Felsch et al. 1993	Escala Autoaplicada 17 ítems (criterios B, C y D del DSM IV) Frecuencia y nivel de angustia de cada síntoma	No
Posttraumatic Stress Diagnostic Scale PDS Foa, 1995	Cuestionario 49 ítems (criterios A, B, C, D, E y F del DSM IV)	No

Fuente de información (Crespo & Gomez 2003)

Posttraumatic Cognitions Inventory PTCI Foa et al. 1999	Inventario 36 ítems (cogniciones negativas sobre uno mismo, sobre el mundo y automculpacion).	Labrador y Rincon. 2003
Potencial Stressful Events Interview PSEI Kilpatrick Resnick y Freedy 1991	Entrevista Tipo de estresor y cualidades de este 15 ítems sobre reacciones subjetivas	No
Traumatic Life Events interview TLEI Kubany 1995	Entrevista Historia de acontecimientos traumaticos (17 ítems) Presencia/ausencia, frecuencia y descripcion	No
Trauma - Related Guilt Inventory TRGI Kubany et al., 1996	Cuestionario 32 ítems (malestar y cogniciones de culpa)	No
Distressing Event Questionnaire (DEQ) Kubany et al. 2000a	Cuestionario 34 ítems (criterios A2, B, C D y F del DSM IV y sintomas asociados - culpa, colera y dolor-)	No
Traumatic life events Questionnaire TLEQ Kubany et al. 2000b	Cuestionario 16 acontecimientos traumaticos + otro no especificado	No
Instrumento de cribado para el TEPT SPAN Meltzer Brody Churchill y Davidson 1999.	Cuestionario de cribado 4 ítems (criterios DSM IV) Respuestas fisiologicas a la exposicion (criterio B) Restriccion vida afectiva (criterio C) Irritabilidad (criterio D) Sobresalto exagerado (criterio D)	No
Harvard Trauma questionnaire (HTQ) Mallick et al., 1992	Entrevista 17 ítems (sintomas DSM IV criterios B C D) Otros sintomas de estres (experimentados por refugiados de Indochina)	No
Personal Beliefs and Reactions Scale. PBRs. Resick, 1993	Cuestionario 55 ítems (diseñados para victimas de violacion)	No
Structured Clinical Interview for DSM IV (SCID-PTSD) Spitzer et al., 1990	Entrevista 19 ítems (criterios DSM IV)	No
Traumatic Events Questionnaire. TEQ Vrana y Lauterbach, 1994	Cuestionario 11 acontecimientos traumaticos + otro no descrito	No
The PTSD Checklist-Civilian Version. PCL-C. Weathers et al., 1994	Escala Autoaplicada 17 ítems (criterios B C y D del DSM IV) Presencia/ausencia y gravedad de cada sintoma	No
Escala Revisada del Impacto del Acontecimiento. IES-R. Weiss y Marmar 1996.	Escala Autoaplicada 17 ítems (criterios B C y D del DSM IV)	No
Entrevista estructurada DSM IV Zinnemann 1994	Entrevista Criterios DSM IV (A B C D E y F)	No

Fuente de informacion (Crespo & Gomez 2003)

11 Limitaciones de la investigacion

- La disponibilidad de tiempo de las adolescentes para participar en las sesiones de trabajo de las terapias debido a las constantes actividades que se desarrollan

- Dificultades que se presenten en el camino (trafico accidentes) por la distancia que existe entre la ubicacion del Albergue y la residencia de la terapeuta

12 Procedimiento estadístico

Captacion de las participantes para la muestra las participantes fueron referidas por la directora del Albergue para adolescentes victimas de maltrato que son referidas de diferentes juzgados del pais del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) y de la Secretaria Nacional de Niñez Adolescencia y Familia (SENNIAF)

Previo a la implementacion del tratamiento se realizaron las siguientes actividades entrevista inicial para obtener historia de vida de la participante establecimiento de las metas del tratamiento y seleccion del tratamiento mas adecuado

Se realizo una primera sesion individual de 90 minutos en la que se aplico la Entrevista Estructurada para el Trastorno de Estrés Postraumatico para verificar la existencia o no del trastorno asi como el grado de afectacion Luego de verificar que la adolescente cumpliera con los parametros de los sintomas clinicamente significativos del Trastorno de Estrés Postraumatico se aplicaron los otros instrumentos para medir el nivel de afectacion

Se definio realizar un tratamiento grupal con enfoque cognitivo conductual cuyo objetivo principal es reducir los sintomas cronicos del TEPT y ayudar a las adolescentes a mejorar su calidad de vida Una ventaja que proporciona este tipo de tratamiento es que varias participantes pueden ser tratadas simultaneamente En este caso por ser adolescentes procedentes de un mismo Albergue se pueden brindar apoyo emocional entre si lo que permite que puedan ver como normales las reacciones que se tienen luego del trauma saber que no estan solas en el proceso que realizan pueden crear un mejor vinculo entre las participantes y se facilita la ejecucion de las actividades entre sesiones

El objetivo del analisis estadistico es saber si hay alguna diferencia entre las medidas del pre test y el post test del tratamiento

Si hay diferencias en las medias se puede señalar que el tratamiento ha tenido efecto y por lo tanto se acepta la hipótesis de investigación y se rechaza la hipótesis nula. Por el contrario, si no hay diferencias se puede aceptar la hipótesis nula, rechazar la hipótesis de investigación e indicar que el tratamiento no tuvo efecto significativo.

El error que se asume en esta investigación es $\alpha = 0.05$ con un contraste bilateral o de dos colas, por lo tanto tendremos un porcentaje de confianza de 95% y un margen de error de $\pm 5\%$.

Los datos estadísticos serán procesados mediante el programa Análisis de Datos Excel Version 2010 para Windows 10.

Para realizar el análisis estadístico fue escogida la prueba t dada su sensibilidad y capacidad de discriminación para muestras pequeñas. En el caso de esta investigación la muestra es de diez (10) adolescentes.

Además es uno de los estadísticos sugeridos para estudios cuasi experimentales en donde no se pueden controlar determinadas variables (Botero García 2004).

Los resultados se obtuvieron a partir de la aplicación de la prueba no paramétrica t de Student para muestras relacionadas, ya que se trata de un solo grupo para verificar la efectividad del tratamiento cognitivo conductual en las adolescentes víctimas de maltrato con síntomas clínicamente significativos de Estrés Posttraumático.

13 Presentación y Análisis de Resultados

1.1 Análisis de datos sociodemográficos

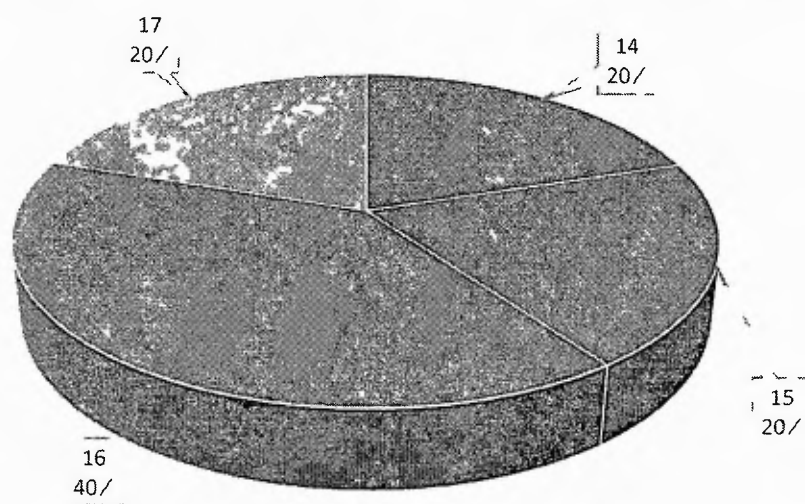
En la primera parte de este análisis estadística descriptiva se presentan los datos sociodemográficos de las participantes: edad promedio de las participantes, lugar de procedencia, nivel escolar, tipo de maltrato al que fue sometida, persona que realiza el abuso o maltrato.

- Edad

La media de la edad de las adolescentes es de 16 años En la grafica N° 3 se puede observar que el 60% es mayor de 15 años de edad

Grafica N° 3

Distribucion etaria de las adolescentes residentes en el Albergue



Fuente de informacion Informacion recopilada de los datos en archivo del Albergue
 Archivo trabajado en marzo del 2017

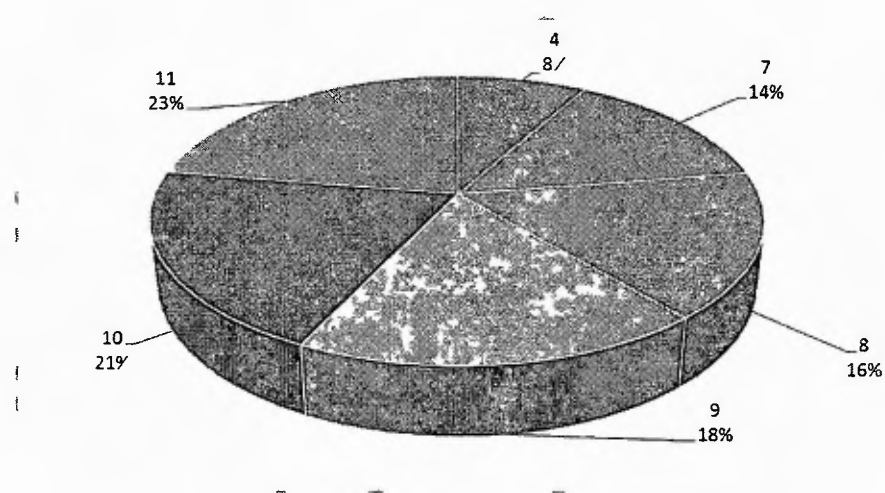
- Formacion escolar

La media del nivel escolar esta ubicada en el 8^{vo} nivel Al relacionar la edad promedio de las adolescentes con el nivel escolar se observar que aunque el 60% es mayor a los 15 años solo el 20% esta por arriba del 9 nivel Es decir el nivel de escolaridad de las adolescentes no es consono con su edad lo anterior debido a la situacion psicosocial y economica de las mismas Las circunstancias de vida que tenian estas adolescentes no les permitian cumplir con su rol de estudiantes el ambiente toxico en el que habitaban impactaba negativamente en su calidad de vida

En algunos casos como se describe en las historias de vida el maltrato iniciaba en edades muy tempranas lo que obligaba a las adolescentes a escaparse de la casa a no asistir al colegio en algunos casos a integrarse a bandas o a vivir de la prostitucion (ver grafica N° 4)

Grafica N° 4

Nivel de escolaridad de las adolescentes



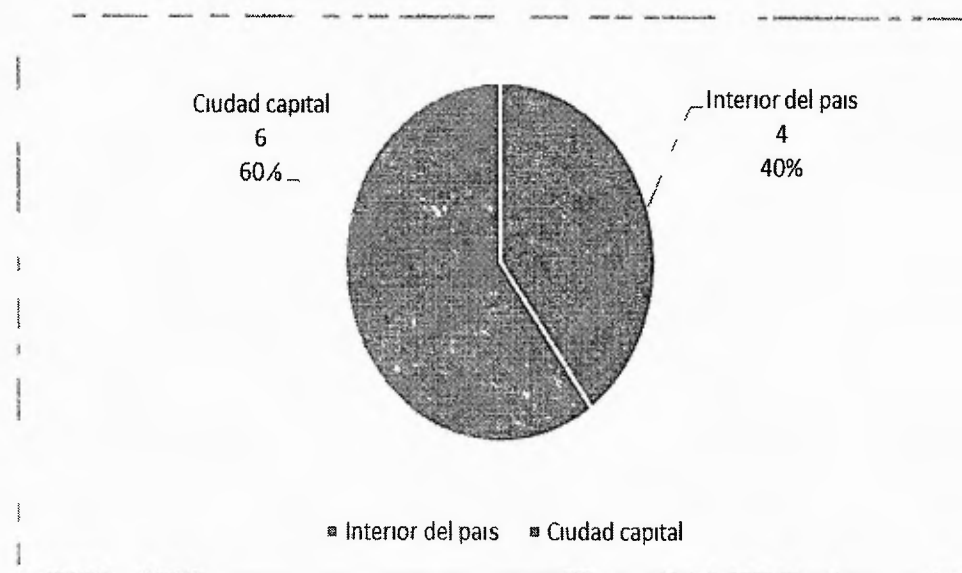
Fuente de informacion Informacion recopilada de los datos en archivo del Albergue
 Archivo trabajado en marzo del 2017

- Lugar de procedencia

En la grafica N° 5 se observa que el 60% de las participantes proceden de la capital del pais y el restante 40% del interior del pais provincias Centrales (2) Colon (1) Darien (1)

Las adolescentes que viven en la ciudad capital proceden de algunos sectores clasificados como Zonas Rojas (San Miguelito Calidonia San Joaquin) es decir sitios de riesgo social por la presencia de bandas manejo de armas drogas entre otros

Grafica N° 5
Lugar de procedencia de las adolescentes



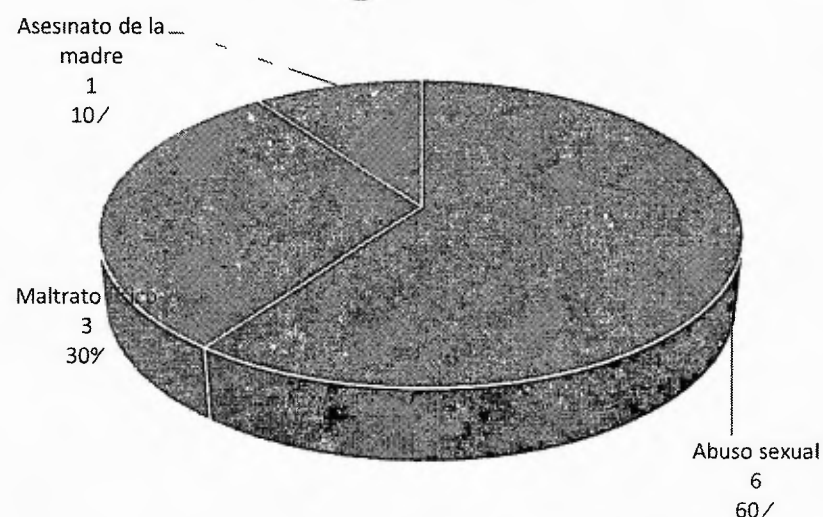
Fuente de informacion: Informacion recopilada de los datos en archivo del Albergue
 Archivo trabajado en marzo del 2017

- Tipo de evento traumatico

En la grafica N° 6 se puede observar que el 60% de las adolescentes del Albergue fueron sometidas a algun tipo de abuso sexual. De la historia de vida de las mismas se rescata que algunas fueron victimas de mas de un tipo de maltrato y de manera reiterada.

En la grafica se refleja el tipo de maltrato que mas afecto a las adolescentes.

Grafica N° 6
Tipo de evento traumatico



Fuente de informacion Informacion recopilada de los datos en archivo del Albergue Archivo trabajado en marzo del 2017

En el cuadro N° 6 se presenta el detalle de las generales de las adolescentes en el que se puede observar que algunas de las adolescentes vivieron mas de un evento traumatico las personas que perpetraron el evento traumatico y la edad en que ocurrieron los mismos

Se refleja que los eventos traumaticos ocurrieron en el periodo de la infancia un 40% en la infancia temprana

Cuadro N° 6
Características generales de las adolescentes

Participante	Edad	Nivel escolar	Procedencia	Evento traumatico	Persona que cometi6 el abuso	Edad que ocurrio el abuso
P1	16	7	Los Santos	Abuso sexual	Padrastro	7
P2	16	7	Darien	Abuso sexual	Tio politico hermano patron	12
P3	17	9	Herrera	Abuso sexual	Primos, tios	5
P4	15	7	Torrijos Carter	Maltrato fisico, abandono, bulli	Abuela adoptiva, companeros	5
P5	16	9	San Miguelito	Maltrato fisico	Tia papa	9
P6	16	11	Nuevo Chorrillo	Maltrato fisico	Papa abuelo	10
P7	14	4	Colon	Abuso sexual aborto forzado	Persona conocida	12
P8	15	10	Las Mananitas	Abuso sexual	Padrastro	12
P9	14	8	San Sabastian	Asesinato de la madre	Papa	4
P10	17	8	Arraijan, 7 de septiembre	Abuso sexual	Padrastro	12

Fuente de informacion Informacion recopilada de los datos en archivo del Albergue
Archivo trabajado en marzo del 2017

1.2 Analisis estadistico de los resultados

Se ha de evaluar si las diferencias presentadas en las medias del pre test y del post test son significativas y si fue efectiva o no la intervencion terapeutica para ello se realiza una prueba de hipotesis

El calculo para decidir si se acepta o rechaza la hipotesis estadistica se efectua mediante el estadistico t para muestras relacionadas Esta prueba se utiliza cuando existen dos condiciones experimentales y las mismas personas participaron en ambas condiciones (Gonzalez Betanzos Escoto Ponce de Leon & Chavez Lopez 2017)

En esta prueba se aplico a los instrumentos de medicion de gravedad de sintomas y creencias y cogniciones del TEPT

- De las creencias y cogniciones de las victimas de un trauma (Inventario de Cogniciones Postraumaticas)

Cogniciones negativas de si mismo

Cogniciones negativas del mundo

Culpa

Puntuacion total

- De la gravedad de los sintomas del TEPT (Escala de Gravedad de Sintomas)

Re experimentacion

Evitacion

Activacion

Puntuacion total de la gravedad del TEPT

Se pudieron verificar cambios significativos tanto en la escala global y como las sub escalas de cada uno de los instrumentos aplicados cuyos resultados se presentan en los cuadros y graficas a continuacion

- **Inventario de Cogniciones Postraumaticas**

Cogniciones negativas de si mismo

Los resultados obtenidos en las medias de esta sub escala indican que hubo una disminucion significativa en la forma negativa de pensar sobre si mismo

El cuadro N° 7 refleja las medias obtenidas para cada una de las participantes en las cuales se muestra el efecto positivo del tratamiento

Cuadro N° 7

Resultado por participante de las medias pre y post test de las cogniciones negativas sobre si mismo

Cogniciones negativas de si mismo	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
Pre test	5 8	6 1	5 8	5 4	6 2	5 5	5 8	6 2	6 0	5 7
Post test	3 7	3 5	3 4	3 5	3 7	3 5	3 3	3 8	3 5	3 4

Fuente de informacion Informacion recopilada de los datos en archivo del Albergue

Archivo trabajado en 2017

Para este factor de las cogniciones se rechaza la hipótesis H_0 y se acepta la hipótesis H_1 ya que se reflejan diferencias significativas en las medias antes y después del tratamiento

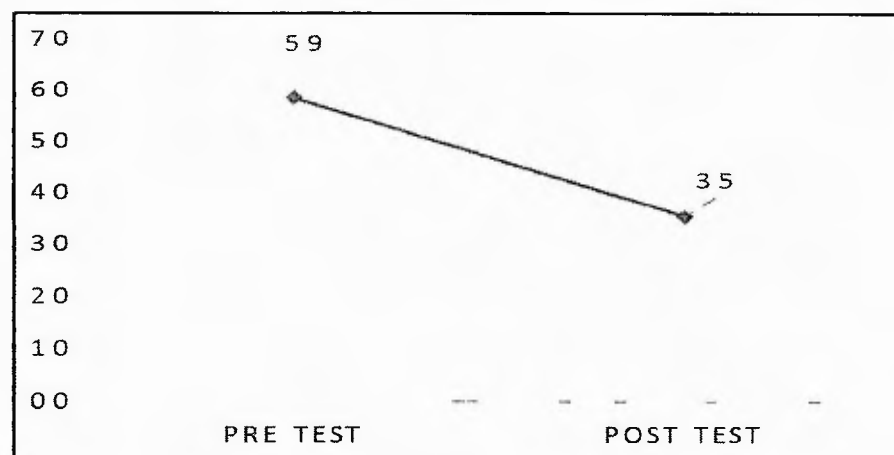
En el cuadro N° 8 y la gráfica N° 7 se puede observar el efecto positivo del tratamiento sobre este factor

Cuadro N° 8
Prueba t de Student para las cogniciones negativas
sobre si mismo

<i>Cogniciones negativas de si mismo</i>	<i>Pre test</i>	<i>Post test</i>
Media	5 85238095	3 53333333
Varianza	0 07732426	0 02408667
Observaciones	10	10
Coeficiente de correlacion de Pearson	0 54995039	
Diferencia hipotetica de las medias	0	
Grados de libertad	9	
Estadistico t	31 5748926	
P(T<=t) una cola	7 8668E 11	
Valor critico de t (una cola)	1 83311293	
P(T<=t) dos colas	1 5734E 10	
Valor critico de t (dos colas)	2 26215716	

Fuente de informacion Informacion recopilada de los datos en archivo del Albergue
Archivo trabajado en 2017

Gráfica N° 7
Resultado de las medias pre y post test de las cogniciones negativas sobre si mismo



Fuente de informacion Informacion recopilada de los datos en archivo del Albergue Archivo trabajado en 2017

Cogniciones negativas del mundo

Los resultados obtenidos en las medias de esta sub escala indican que hubo una disminucion significativa en la forma de percibir las supuestas exigencias del mundo que le rodean

El cuadro N° 9 refleja las medias obtenidas para cada una de las participantes en las cuales se refleja que el tratamiento tuvo un efecto positivo en las mismas

Cuadro N° 9
Resultado por participante de las medias pre y post test
de las cogniciones negativas del mundo

Cogniciones negativas del mundo	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
Pre test	53	59	53	57	60	53	54	56	57	57
Post test	36	34	36	29	36	31	33	37	30	36

Fuente de informacion Informacion recopilada de los datos en archivo del Albergue
Archivo trabajado en 2017

Para este factor se rechaza la hipotesis H_0 y se acepta la hipotesis H_1 ya que se reflejan diferencias significativas en las medias antes y despues del tratamiento El valor de significancia obtenido es menor a 0.05

En el cuadro N° 10 y la grafica N° 7 se puede observar el efecto positivo del tratamiento sobre este factor

Cuadro N° 10

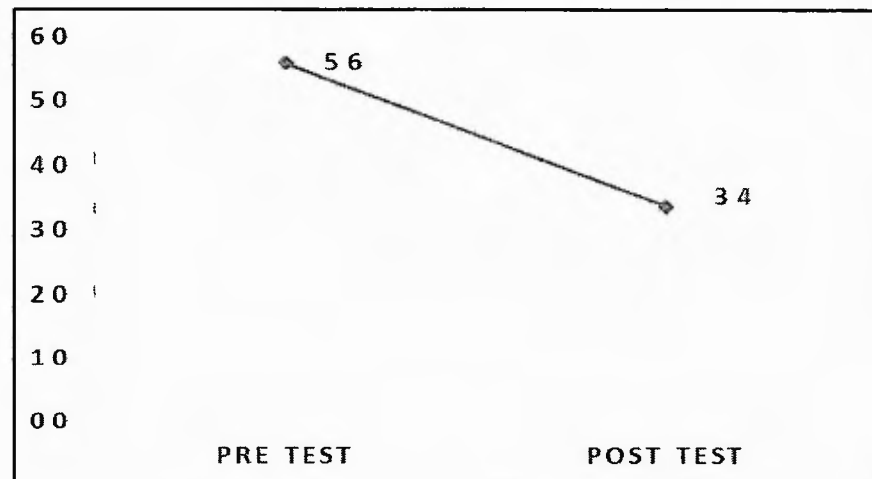
Prueba t de Student para las cogniciones negativas en relacion al mundo que le rodea

<i>Cogniciones negativas del mundo</i>	<i>Pre test</i>	<i>Post test</i>
Media	5 58571429	3 37142857
Varianza	0 06553288	0 08253968
Observaciones	10	10
Coeficiente de correlacion de Pearson	0 04933105	
Diferencia hipotetica de las medias	0	
Grados de libertad	9	
Estadistico t	17 7667367	
P(T<=t) una cola	1 2865E 08	
Valor critico de t (una cola)	1 83311293	
P(T<=t) dos colas	2 573E 08	
Valor critico de t (dos colas)	2 26215716	

Fuente de informacion Informacion recopilada de los datos en archivo del Albergue
Archivo trabajado en 2017

Grafica N° 8

Resultado de las medias pre y post test de las cogniciones negativas en relacion al mundo que le rodea



Fuente de informacion Informacion recopilada de los datos en archivo del Albergue
Archivo trabajado en 2017

Culpa

En relacion al factor culpa se puede observar en el cuadro N° 11 los resultados de las medias obtenidos mediante la prueba t Student Se aprecia una disminucion significativa de este factor en el sentir de las participantes despues del tratamiento

Cuadro N° 11

Prueba t de Student para el factor culpa

<i>Culpa</i>	<i>Pre test</i>	<i>Post test</i>
Media	5.96	3.62
Varianza	0.18488889	0.28844444
Observaciones	10	10
Coeficiente de correlacion de Pearson	0.88914576	
Diferencia hipotetica de las medias	0	
Grados de libertad	9	
Estadistico t	29.5595324	
P(T<=t) una cola	1.417E-10	
Valor critico de t (una cola)	1.83311293	
P(T<=t) dos colas	2.8339E-10	
Valor critico de t (dos colas)	2.26215716	

Fuente de informacion: Informacion recopilada de los datos en archivo del Albergue
Archivo trabajado en 2017

Para este factor se rechaza la hipotesis H_0 y se acepta la hipotesis H_1 ya que el valor de significancia P es menor a 0.05

En el cuadro N° 12 refleja las medias obtenidas para cada una de las participantes en las cuales se refleja que el tratamiento tuvo un efecto positivo en las mismas

Cuadro N° 12

Resultado por participante de las medias pre y post test del factor culpa

Culpa	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
Pre test	6.0	6.0	6.2	6.0	6.6	5.4	5.6	6.6	5.4	5.8
Post test	4.0	3.4	3.6	3.4	4.4	3.2	3.0	4.6	3.2	3.4

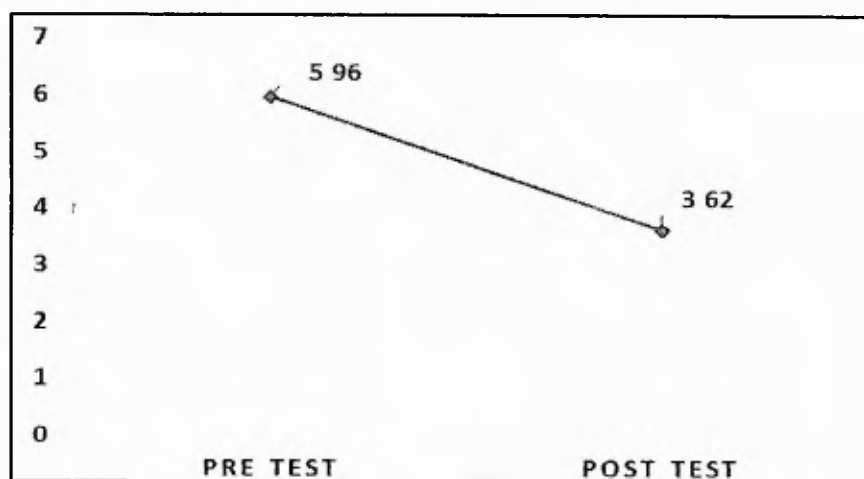
Fuente de informacion: Informacion recopilada de los datos en archivo del Albergue
Archivo trabajado en 2017

El tratamiento logra reducir los sentimientos de culpa que las participantes percibían hasta antes de participar en el mismo

Es importante considerar que en algunas de las adolescentes este sentimiento de culpa era muy fuerte pues era el mismo cuidador (madre papa abuela tia) quien la señalaba y responsabilizaba de los hechos vividos

La grafica N° 8 se puede observar el efecto positivo del tratamiento sobre este factor en las participantes

Grafica N° 9
Resultado de las medias pre y post test del factor culpa



Fuente de in formacion Informacion recopilada de los datos en archivo del Albergue Archivo trabajado en 2017

En el cuadro N° 13 se reflejan las medias del pre y post test tanto los criterios de las sub escala como del puntaje global del inventario de cogniciones postraumaticas

En el mismo cuadro se pueden comparar los valores de las medias obtenidas con los puntos de corte establecidos en el instrumento de medicion

Los resultados obtenidos reflejan diferencias que son estadísticamente significativas y que aportan validez a la efectividad del tratamiento ya que la media de la puntuacion global de las cogniciones por estres postraumaticos se redujeron de un valor 5.8 a un 3.5

Cuadro N° 13

**Comparacion de las medias pre y post test con los puntos de corte del Inventario
de cogniciones postraumaticas**

Cogniciones negativas de si mismo	Media	Desvest	Valor Minimo	Valor Maximo	Valor Medio
Pretest	5 9	1 5	1 14	7 1	3 5
Posttest	3 5	0 8			
Cogniciones negativas del mundo	Media	Desvest	Valor Minimo	Valor Maximo	Valor Medio
Pretest	5 6	1 4	1 0	7 0	4 7
Posttest	3 4	0 8			
Culpa	Media	Desvest	Valor Minimo	Valor Maximo	Valor Medio
Pretest	6 0	1 6	1 0	7 0	3 7
Posttest	3 6	0 9			
Puntaje global	Media	Desvest	Valor Minimo	Valor Maximo	Valor Medio
Pretest	5 8	1 5	1 19	6 7	3 8
Posttest	3 5	0 8			

Fuente de in formacion Informacion recopilada de los datos en archivo del Albergue
Archivo trabajado en 2017

El cuadro N° 14 presenta el resultado global del impacto del tratamiento en las creencias
y cogniciones negativas de cada una de las participantes

Cuadro N° 14
Resultado por participante de las medias pre y post test del puntaje global
del Inventario de cogniciones postraumaticas

Puntuacion global cogniciones por estres postraumaticas	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
Pre test	5 7	6 0	5 7	5 6	6 2	5 4	5 7	6 1	5 8	5 7
Post test	3 7	3 5	3 5	3 3	3 8	3 4	3 2	3 9	3 4	3 5

Fuente de in formacion Informacion recopilada de los datos en archivo del Albergue
 Archivo trabajado en 2017

En el cuadro N° 15 se observa el valor calculado del estadístico $t = 38.8$ que es mayor que el valor critico t (dos colas) $= 2.26$ lo que evidencia la validez de la H_1 que señala que la terapia cognitivo conductual es efectiva para reducir los sintomas por stres postraumaticos en las adolescentes residentes en el Albergue

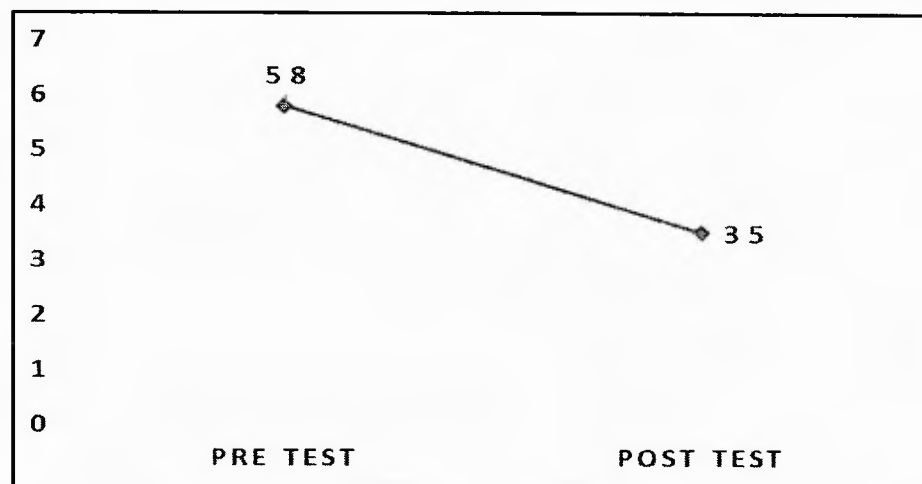
Cuadro N° 15
Estadistico t para el puntaje global del
Inventario de Cogniciones Postraumaticas

<i>Global Inventario de cogniciones postraumaticas</i>	<i>Pre test</i>	<i>Post test</i>
Media	5.81212121	3.51212121
Varianza	0.0634221	0.04641363
Observaciones	10	10
Coeficiente de correlacion de Pearson	0.68978835	
Diferencia hipotetica de las medias	0	
Grados de libertad	9	
Estadistico t	38.8847479	
P(T<=t) una cola	1.2226E-11	
Valor critico de t (una cola)	1.83311293	
P(T<=t) dos colas	2.4452E-11	
Valor critico de t (dos colas)	2.26215716	

Fuente de in formacion Informacion recopilada de los datos en archivo del Albergue
 Archivo trabajado en 2017

La grafica N° 9 refleja la disminucion de la media global del Inventario de cogniciones por stres postraumatico una vez aplicado el tratamiento

Grafica N° 10
Resultado de la media de la escala global, pre y post test,
del Inventario de cogniciones por estres postraumatico



Fuente de informacion Informacion recopilada de los datos en archivo del Albergue Archivo trabajado en 2017

- **Escala de gravedad de los sintomas del TEPT**

Re experimentacion

Los resultados obtenidos en las medias de esta sub escala indican que hubo una disminucion significativa en los sintomas de re experimentacion

El cuadro N° 16 refleja los puntajes obtenidos por cada una de las participantes en las cuales se refleja el efecto positivo del tratamiento

Cuadro N° 16
Puntaje por participante del pre y post test
del sintoma de re experimentacion

Reexperimentacion	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
Pre test	9	7	8	10	14	7	8	12	7	7
Post test	5	3	3	4	10	3	4	8	2	3

Fuente de informacion Informacion recopilada de los datos en archivo del Albergue
 Archivo trabajado en 2017

Para este factor sintoma de re experimentacion se rechaza la hipótesis H_0 y se acepta la hipótesis H_1 ya que se reflejan diferencias significativas en las medias antes y después del tratamiento

El valor de significancia calculado es menor a 0.05 lo que permite aceptar que la terapia cognitivo conductual es eficaz para reducir los síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático

En el cuadro N° 17 se refleja el resultado de la prueba t Student para este factor

Cuadro N° 17

Prueba t de Student para el sintoma de re experimentacion

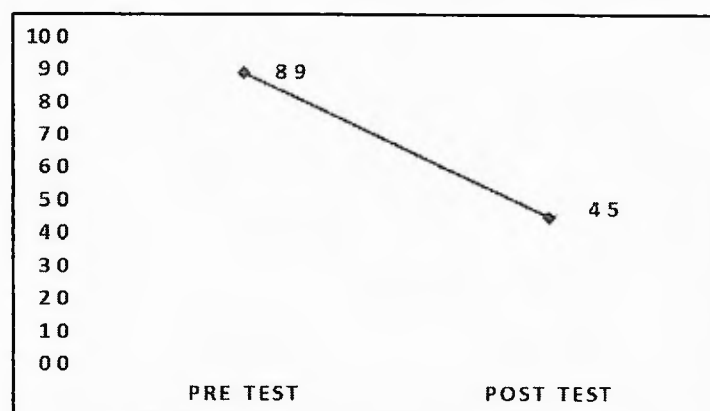
<i>Sintoma de re experimentacion</i>	<i>Pre test</i>	<i>Post test</i>
Media	8.9	4.5
Varianza	5.87777778	6.5
Observaciones	10	10
Coeficiente de correlacion de Pearson	0.96171859	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	9	
Estadístico t	19.8997487	
P(T<=t) una cola	4.7455E-09	
Valor crítico de t (una cola)	1.83311293	
P(T<=t) dos colas	9.4909E-09	
Valor crítico de t (dos colas)	2.26215716	

Fuente de informacion: Informacion recopilada de los datos en archivo del Albergue

Archivo trabajado en 2017

En la grafica N° 10 se puede observar el efecto positivo del tratamiento sobre este factor

Grafica N° 11
Resultado de las medias pre y post test
del sintoma de re experimentacion



Fuente de informacion Informacion recopilada de los datos en archivo del Albergue
 Archivo trabajado en 2017

Evitacion

Los resultados obtenidos en las medias de esta sub escala indican que hubo una disminucion significativa en el sintoma evitacion (evitar hablar del evento o con personas o evitar situaciones) En el cuadro N° 18 de la prueba t Student para este factor se observa la diferencia en las medias

El valor p calculado es menor a 0.05 por lo que rechaza la hipotesis H_0 y se acepta la H_1 que indica que el tratamiento cognitivo conductual es efectivo para tratar los sintomas del TEPT

Cuadro N° 18

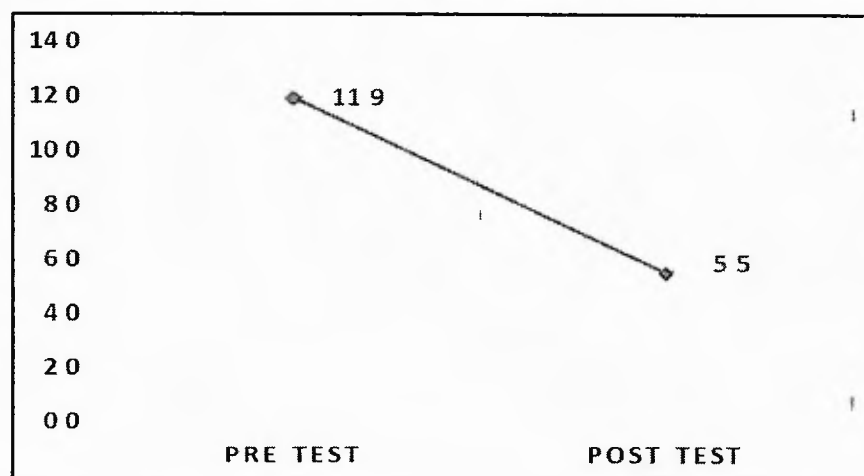
Prueba t de Student para el sintoma evitacion

<i>Sintoma de evitacion</i>	<i>Pre test</i>	<i>Post test</i>
Media	11 9	5 5
Varianza	5 65555556	3 16666667
Observaciones	10	10
Coefficiente de correlacion de Pearson	0 0393831	
Diferencia hipotetica de las medias	0	
Grados de libertad	9	
Estadistico t	6 94631621	
P(T<=t) una cola	3 356E 05	
Valor critico de t (una cola)	1 83311293	
P(T<=t) dos colas	6 712E 05	
Valor critico de t (dos colas)	2 26215716	

Fuente de informacion Informacion recopilada de los datos en archivo del Albergue
Archivo trabajado en 2017

Grafica N° 12

Resultado de las medias pre y post test del sintoma de evitacion



Fuente de informacion Informacion recopilada de los datos en archivo del Albergue
Archivo trabajado en 2017

El cuadro N° 19 se reflejan los puntajes obtenidos por cada una de las participantes para este sintoma de evitacion. Se observa una disminucion significativa del sintoma luego de la aplicacion del tratamiento.

Cuadro N° 19**Puntaje por participante del pre y post test del sintoma de evitacion**

Evitacion	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
Pre test	17	14	10	12	14	10	11	11	10	10
Post test	4	5	5	6	8	5	5	9	5	3

Fuente de informacion Informacion recopilada de los datos en archivo del Albergue

Archivo trabajado en 2017

Activacion

En relacion al sintoma activacion (siempre alerta y en busca de peligro) se puede observar en el cuadro N° 20 los resultados de las medias obtenidos mediante la prueba t Student Para este factor en que el valor de significancia p es menor a 0 05 se rechaza la hipotesis H_0 y se acepta la hipotesis H_1 que dice que la terapia cognitivo conductual es eficaz para reducir los sintomas relacionado con el TEPT

Cuadro N° 20**Prueba t de Student para el sintoma activacion**

<i>Sintoma de activacion</i>	<i>Pre test</i>	<i>Post test</i>
Media	8 9	4 9
Varianza	1 877777778	3 211111111
Observaciones	10	10
Coeficiente de correlacion de Pearson	0 085972851	
Diferencia hipotetica de las medias	0	
Grados de libertad	9	
Estadistico t	5 855400438	
P(T<=t) una cola	0 000121062	
Valor critico de t (una cola)	1 833112933	
P(T<=t) dos colas	0 000242124	
Valor critico de t (dos colas)	2 262157163	

Fuente de informacion Informacion recopilada de los datos en archivo del

Albergue Archivo trabajado en 2017

El cuadro N° 21 refleja los puntajes obtenidos por cada una de las participantes para este factor de activacion en el cual se refleja que el tratamiento tuvo un efecto positivo en las mismas

Cuadro N° 21

Puntaje por participante del pre y post test del sintoma de activacion

Activacion	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
Pre test	8	7	10	8	8	11	8	9	9	11
Post test	5	4	4	3	8	5	3	8	4	5

Fuente de informacion Informacion recopilada de los datos en archivo del Albergue
Archivo trabajado en 2017

Escala global de la gravedad de los sintomas del TEPT

En el cuadro N° 22 se refleja el puntaje global de la gravedad de los sintomas del TEPT y sus respectivas sub escalas En el mismo cuadro se pueden comparar los valores de las medias obtenidas con los puntos de corte establecidos en el instrumento de medicion

Las medias de cada criterio de la escala de gravedad estan por arriba de los puntos de corte antes del tratamiento despues del tratamiento estos valores se ubican por debajo del punto de corte

El puntaje de la escala global de gravedad antes del tratamiento es de 29.7 y luego del tratamiento pasa a 13.5 es decir queda por debajo del punto de corte quince (15) lo que sugiere que se reduce significativamente la sintomatologia del TEPT Lo mismo sucede con cada uno de los tres factores involucrados en esta medicion

Cuadro N° 22

Comparacion de las medias pre y post test con los puntos de corte de la escala de gravedad de los sintomas del TEPT

Reexperimentacion	Media	Desvest	Punto de corte
Pretest	8 9	3 3	5
Posttest	4 1	2 6	
Evitacion	Media	Desvest	Punto de corte
Pretest	11 9	4 0	6
Posttest	5 0	2 2	
Aumento de la activacion	Media	Desvest	Punto de corte
Pretest	8 9	2 7	4
Posttest	4 5	2 1	
Puntaje global	Media	Desvest	Punto de corte
Pretest	29 7	9 2	15
Posttest	13 5	6 8	

Fuente de informacion Informacion recopilada de los datos en archivo del Albergue Archivo trabajado en 2017

El mayor efecto se refleja en los sintomas de evitacion que se redujeron significativamente de 11 9 a 5 0 El trabajo realizado se evidencia en la capacidad que lograron las adolescentes al narrar con mayor libertad y detalles los sucesos traumaticos vividos

El cuadro N° 23 presenta los puntajes obtenidos por cada una de las participantes en la escala global de gravedad de los sintomas del TEPT

Cuadro N° 23

Puntaje por participante del pre y post test de la escala global del Inventario de cogniciones postraumaticas

Escala global de gravedad sintomas del TEPT	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
Pre test	34	28	28	30	36	28	27	32	26	28
Post test	14	12	12	13	26	13	12	25	11	11

Fuente de informacion Informacion recopilada de los datos en archivo del Albergue Archivo trabajado en 2017

Como se puede observar aunque existe una diferencia significativa en los puntajes del pre y pos test los valores obtenidos por las adolescentes estan muy proximos a los valores de corte

Lo anterior certifica que aunque se realizo un trabajo en el que se lograron reducir los niveles de impacto de los sintomas asociados al TEPT se debe seguir trabajando con las adolescentes

En el criterio activacion algunas de las adolescentes mantuvieron puntajes altos despues del tratamiento Ello debido a que el agresor de las mismas aun se encuentra libre por las calles

Los resultados obtenidos para la escala global de gravedad de los sintomas del TEPT se validan con la prueba t Student cuadro N° 24 que da como resultado un nivel de significancia menor a 0.05 lo que permite rechazar la hipotesis H_0 y aceptar la hipotesis H_1 que señala que la terapia cognitivo conductual es eficaz para reducir los sintomas del estres postraumatico a las adolescentes residentes en el albergue

Cuadro N° 24
Estadistico t Student para la escala global de
la gravedad de sintomas del TEPT

<i>Escala global de gravedad sintomas del TEPT</i>	<i>Pre test</i>	<i>Post test</i>
Media	29.7	14.9
Varianza	10.6777778	32.1
Observaciones	10	10
Coeficiente de correlacion de Pearson	0.78440458	
Diferencia hipotetica de las medias	0	
Grados de libertad	9	
Estadistico t	12.6291388	
P(T<=t) una cola	2.4884E-07	
Valor critico de t (una cola)	1.83311293	
P(T<=t) dos colas	4.9767E-07	
Valor critico de t (dos colas)	2.26215716	

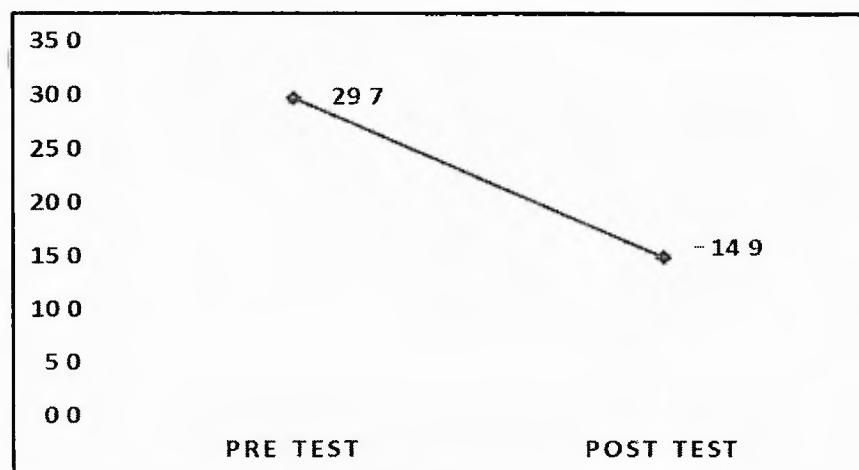
Fuente de informacion: Informacion recopilada de los datos en archivo del Albergue

Archivo trabajado en 2017

En la grafica N° 12 se refleja la disminucion de la media global para la gravedad de los sintomas por estres postraumatico

Grafica N° 13

**Resultado de la media de la escala global, pre y post test,
de la gravedad de sintomas por estres postraumatico**



Fuente de informacion Informacion recopilada de los datos en archivo del Albergue Archivo trabajado en 2017

- **Indice Global de Duke para el TEPT**

Finalmente se evalua el resultado del Indice Global de Duke para el TEPT con la finalidad de valorar la sensibilidad al cambio de las participantes despues de aplicado el tratamiento psicoterapeutico

El instrumento explora los tres componentes sintomatologicos fundamentales del TEPT

- El componente intrusivo (sueños pesadillas pensamientos recuerdos imagenes reviviscencias molestias por los recuerdos)
- El componente evitativo / paralizante (pensamientos situaciones retraccion distanciamiento paralizacion amnesia)

- El componente de hiperactivacion (respuesta de sobresalto estar en el limite concentracion sueño irritabilidad)
- Evaluacion de cambio total en el TEPT

Los resultados del indice global de Duke se miden de acuerdo a la siguiente evaluacion

- 1 Muchisimo mejor
- 2 Mucho mejor
- 3 Algo mejor
- 4 Sin cambio
- 5 Algo peor
- 6 Mucho mejor
- 7 Muchisimo mejor

El cuadro N° 25 se refleja el resultado de las mediciones logradas por las participantes del programa Se observa que las participantes puntuaron dos de los factores de medicion como Mucho mejor el componente de hiperactivacion como Algo mejor y la percepcion del cambio total como Mucho mejor

La puntuacion lograda sugiere que en general se lograron cambios en la sintomatologia presente en las adolescentes sin embargo a pesar de estos resultados ellas conservan ciertos sintomas que apuntan a que el tratamiento debe continuarse

El afrontamiento que hicieron de sus pensamientos y sentimientos con la realidad que estan viviendo en la actualidad les permitio percatarse de que muchos de sus miedos no podran concretarse en el ambiente en que se encuentran El Albergue les da la seguridad que habian perdido por el trauma sufrido

La recuperacion de la confianza en si mismas se ha ido afianzando en pequeños detalles como el ser mas efusivas y extrovertidas no así la agresividad que aunque disminuyo aun se mantiene en un grado elevado pero no tanto como antes de iniciar el tratamiento

Cuadro N° 25

Indice Global de Duke para el TEPT

	Componente intrusivo	Componente evitativo	Componente de hiperactivacion	Cambio total en el TEPT
Puntaje	2	2	3	2

Los resultados del analisis estadistico permiten rechazar la hipotesis nula para los sintomas asociados al TEPT por lo que se puede dar una respuesta afirmativa a la pregunta de investigacion ¿Los sintomas de estres postraumatico clinicamente significativos en las adolescentes residentes en el Albergue disminuiran con la aplicacion de la terapia cognitivo conductual?

Tanto los valores de las Cogniciones Postraumaticas como los de la Gravedad de los Sintomas del TEPT arrojaron diferencias estadisticamente significativas luego de la aplicacion del tratamiento a las adolescentes residentes en el Albergue

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

- La TCC demostro ser eficaz para la disminucion de los sintomas presentes en las adolescentes victimas de maltrato residentes en el albergue
- La diferencia significativa en los resultados obtenidos en la aplicacion del pre test y el post test evidencian los cambios observados en el comportamiento de las adolescentes
- Las adolescentes al sentir confianza con la terapeuta muestran los verdaderos sentimientos que mantenian escondidos hasta el momento
- En el Albergue no ha implementarse y ejecutado un programa que contemple desde la llegada de las adolescentes hasta su salida los pasos que requieren para disminuir los sintomas de estres postraumatico
- El grado de afectacion emocional y cognitiva producto del maltrato recibido por las adolescentes que ingresan al hogar las hace desconfiadas y temerosas de todos los que ellas consideren puede volver a victimizarla

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

- Las adolescentes que iniciaron este proceso deben continuar recibiendo terapias para continuar disminuyendo los síntomas de estrés posttraumático
- Se les debe brindar psicoeducación a las adolescentes residentes en el Albergue sobre el estrés posttraumático para que puedan identificar sus síntomas y las consecuencias si no se atiende debidamente
- Por tener las adolescentes un alto grado de afectación se deben programar actividades grupales e individuales que le permitan exteriorizar y sacar todo el sentir negativo y el dolor que mantienen celosamente guardados
- Ya que la población que reside en el albergue es víctima de maltrato la mayor parte de las actividades que se realicen deben estar encaminadas a la superación de este trauma como se hizo durante esta intervención
- A las adolescentes se les debe enseñar desde el ingreso al albergue técnicas de relajación para que las aplique en las situaciones que viven a diario
- Los Centros de salud deben brindar más apoyo al Albergue para que las adolescentes sean atendidas en el momento en que se enferman y no cuando las computadoras les asignen una cita

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Libros

- American Psychiatry Association (2014) *Manual diagnostico y estadistico de los trastornos mentales (DSM 5)* Madrid España Medica Panamericana
- APA American Psychological Association (2010) *Diccionario conciso de Psicologia* (J L Nuñez Herrejon & M E Ortiz Salinas Trads) Mexico El Manual Moderno
- Arredondo Ossandon V Knaak Donoso M Lira Mendiguren G Silva Silva A & Zamora Zapata I (1998) *Maltrato infantil Elementos basicos para su comprension* Viña del Mar
- Auger L (1987) *Ayudarse a si mismo Una psicoterapia mediante la razon* Cantabria Sal Terrae
- Auger L (1993) *Vencer los miedos* Cantabria Sal Terrae
- Beyebach M & Herrero de Vega M (2012) *200 tareas en terapia brevc Individual familiar y de pareja* Barcelona Herder Recuperado el enero de 2017
- Bourne E J (2015) *Ansiedad y Fobias Libro de Trabajo* Malaga Sirio S A
- Bunge E Gomar M & Mandil J (2014) *Terapia cognitiva con niños y adolescentes* (3ra ed) Buenos Aires Akadia Recuperado el enero de 2017
- Ellis A & Grieger R (1990) *Manual de terapia racional emotiva* (10 ed Vol 2) (M J Catalan Frias & J D Gonzalez Diez Trads) Bilbao Desclee de Brouwer S A
- First M B (2014) *DSM 5 Manual de diagnostico diferencial (1a ed)* Madrid Medica Panamericana
- Gabbard G O (2009) *Psiquiatria psicodinamica en la practica clinica* (3 ed) Buenos Aires Medica Panamericana
- Garcia Dieguez N & Noguerol Noguerol V (2007) *Infancia Maltratada manual de intervencion* (Vol 6) Madrid EOS (Instituto de Orientacion Psicologica Asociados)
- Gonzalez Nuñez J d (1999) *Psicoterapia de grupos Teoria y tecnica a partir de diferentes escuelas psicologicas* Mexico Manual Moderno
- Hernandez Cordoba A (2008) *Psicoterapia sistematica breve La construccion del cambio con individuos parejas y familias* Bogota El Buho

- Kassinove H & Chip Tafrate R (2005) *El manejo de la agresividad Manual de tratamiento completo para profesionales* Bilbao Desclee de Brouwer
- Korb Rosenberg F (2003) *Psicoterapia conductual y cognitiva* El Nacional
- Labonte M L (2006) *El "clic ' Transformar el dolor que destruye en dolor que cura* Santander Sal Terrae
- Monbourquette J Ladouceur M & d Aspremont I (2004) *Estrategias para desarrollar la autoestima y la estima del Yo profundo* Santander Sal Terrae
- Moreno P Martin J C Garcia J & Viñas R (2010) *Dominar las obsesiones Una guia para pacientes* Bilbao Desclee de Brouwer S A
- Nezu A Nezu C M & Lombardo E (2006) *Formulacion de casos y diseño de tratamientos cognitivo conductuales Un enfoque basado en problemas* (R M Rubio Trad) Mexico El Manual Moderno
- Payne R A (2005) *Tecnicas de relajacion Guia practica* (J Padro Trad) Baladona Paidotribo
- Perez L M & Rosales D A (2012) *Propuesta del programa de intervencion psicoespiritual con adolescentes de 12 a 18 años victimas de maltrato del Hogar de la Divina Gracia en Caceres Arrayan (tesis) Universidad Interamericana de Panama* Panama
- Pincever K (2008) *Maltrato infantil el abordaje innovador del programa leladeinu Apendizajes de una experiencia integral comunitaria* Buenos Aires Lumen
- Pinhero P S (2006) *Informe mundial sobre La violencia contra los niños y las niñas* Ginebra ONU Gibraltar
- Prada J R (2015) *Escuelas psicologicas y psicoterapeuticas* Bogota San Pablo
- Riso W (2008) *Terapia Cognitiva Fundamentos teoricos y conceptualizacion del caso clinico* Barcelona Paidos Iberica, S A
- Riso, W (2009) *Terapia Cognitiva* Madrid Paidos Iberica
- Sampieri R Collado C & Baptista P (1998) *Metodologia de la investigacion* Mexico Mg Graw Hill
- Sidelski D (2009) *Estres y coaching profundo* Buenos Aires Lumen

- Spielberger C D & Diaz Guerrero R (1975) *IDARE Inventario de ansiedad rasgo estado* Mexico El Manual Moderno Recuperado el 2017 de http://cmapspublic.ihmc.us/rid=1M6S292K6.1PPPBSYRB/manual_idare.pdf
- Suarez G Muñoz M Gamez P Iglesias G Lopez A Rodriguez P Abejaro F (2008) *Trastorno de estres postraumatico en niños y adolescentes Revision del concepto y actualizaciones Noveno congreso virtual de psiquiatria* Recuperado el febrero de 2017 de <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/assetstore/12/07/66/120766782210034263133451075067310110860>
- Szprachman de Hubscher R (2005) *Terapia Breve* Buenos Aires Lugar
- Tejedor Pardo D (2009) *Abuso Infantil Secuelas Físicas Y Psicológicas en la Adulthood* PsicoWisdom Recuperado el febrero de 2017 de <https://psicowisdom.wordpress.com/2014/11/19/abuso-infantil-secuelas-fisicas-y-psicologicas-en-la-adulthood/>
- Terapias Racionales y de Reestructuración Cognitiva* Psicología Online (2013) Recuperado el marzo de 2017 de <http://online-psicologia.blogspot.com/2007/12/terapias-racionales-y-de-html#sthash=CVbrp7iNdpuf>
- Thomson S A (1983) Los usos de la biorretroalimentación en psicoterapia *Revista Latinoamericana de Psicología* 15(1-2) 47-61 Recuperado el marzo de 2017 de <http://www.redalyc.org/pdf/805/80515204.pdf>
- Timpe A (2009) *Estoy furioso* Bilbao Desclee de Brouwer S A
- Torres A (s.f.) *Biofeedback ¿que es y para que sirve?* Psicología y mente Recuperado el marzo de 2017 de <https://psicologiaymente.net/vida/biofeedback>
- Unicef (septiembre de 2014) *Unicef: Unos 120 millones de niñas y jóvenes han sufrido abuso sexual Deutsche Welle Made for minds* Obtenido de <http://www.dw.com/es/unicef-unos-120-millones-de-ni%C3%B1as-y-j%C3%B3venes-han-sufrido-abuso-sexual/a-17902991>
- Unicef (octubre de 2014) *Unicef: la violencia infantil en cifras* Fundación Universia Recuperado el marzo de 2017 de

<http://noticias.universia.es/actualidad/noticia/2014/10/22/1113605/unicef-violencia-infantil-cifras.html>

- Valiente M (2006) El uso de la visualización en el tratamiento psicológico de enfermos de cáncer *Psicooncología* 3(1) 19-34 Recuperado el marzo de 2017 de <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/PSIC0606130019A/15906>
- Villavicencio Carrillo P & Montalvo Calahorra T (2011) Tratamiento Cognitivo Conductual del Trastorno por Estrés Postraumático en un caso de una adolescente víctima de agresión sexual *Revista Clínica Contemporánea* 2(1) 39-56 Recuperado el enero de 2017 de <http://www.revistaclinicacontemporanea.org/archivos/cc2011v2n1a4.pdf>
- Volnovich J R, Barbero Fuks L, Rozanski C A, Lopez Sanchez F, Volnovich J C & Ganduglia A H (2002) *Abuso sexual en la infancia: El quehacer y la ética* Buenos Aires, México: Lumen

Bibliografía Online

- Aguilar Veliz A & Salinas Segura S (2006) *Tesis: Modelo ecológico y maltrato infantil* Universidad Academia de Humanismo Cristiano, Santiago. Recuperado el febrero de 2017 de <http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/handle/123456789/780/TTRASO%20167.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Amodeo Escribano S (2013) *Programa de control de la ansiedad. Cuadernos de salud mental del 12*. Recuperado el abril de 2017 de <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadervalue1=filename%3DCuad+S+Mental+12+N%C2%BA+8+%282013%29+Programa+Control+Ansiedad.pdf&blobheadervalue2=1>
- Aracena M, Castillo R, Haz A, Cumsille F, Muñoz S, Bustos L & Roman F (2000) *Resiliencia al maltrato físico infantil: variables que diferencian a los sujetos que maltratan y no maltratan físicamente a sus hijos*. *Revista de Psicología*

- IX Recuperado el marzo de 2017 de <http://www.redalyc.org/pdf/264/26409101.pdf>
- Arthritis Foundations (2016) *La visualización guiada brinda alivio palpable* Recuperado el febrero de 2017 de http://espanol.arthritis.org/espanol/tratamientos/terapias/terapias_alterativas_complementarias_relajacion/visualizacion_guiada/
- Asociación EMDR España (s.f.) *¿Que es EMDR?* Recuperado el abril de 2017 de http://emdr.es/org/que_es_emdr/
- Bados A. & Garcia Grau E (2014) *Resolución de problemas* Universidad de Barcelona Barcelona Recuperado el enero de 2017 de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/54764/1/Resoluci%C3%B3n%20problemas.pdf>
- Baguena Puigcerver M. J. (2001) *Tratamientos psicológicos eficaces para el estrés post-traumático* Psicothema 479-492 Recuperado el enero de 2017 de <http://www.psicothema.es/pdf/470.pdf>
- Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos (2017) *MedlinePlus Información de salud para usted* Recuperado el abril de 2017 de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000925.htm>
- Botero García C. (2004) *Efectividad de una intervención Cognitivo conductual para el Trastorno por Estrés Postraumático en excombatientes colombianos* Bogotá Recuperado el abril de 2017 de http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizarrevista/archivos/V4N207efectividad_de_una_intervencion.pdf
- Caballo V. E. (2007) *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos Trastornos por ansiedad sexuales afectivos y psicóticos* (Vol. 1) Madrid XXI Siglo Recuperado el marzo de 2017 de https://mmhaller.files.wordpress.com/2012/08/caballo_2007_manual_para_el_tratamiento_cognitivo_conductual_de_los_trastornos_psicologicos_vol_1.pdf
- Caceres Ortiz E. (2011) *Tratamiento psicológico centrado en el trauma en mujeres víctimas de violencia de pareja* (tesis doctoral) Universidad Complutense de

- Madrid España Recuperado el abril de 2017 de <http://eprints.ucm.es/13882/1/T33357.pdf>
- Carbonero M, Martín Anton L J & Feijo M (2010) *Las creencias irracionales en relación con ciertas conductas de consumo en adolescentes* European Journal of Education and Psychology 3(2) 287-298 Recuperado el enero de 2017
- Carrasco D (2017) *Maltrato infantil en Panamá genera alarma y fiscales llaman a denunciar ese delito* Bayano digital Recuperado el mayo de 2017 de <http://bayanodigital.com/portada/maltrato-infantil-en-panama-genera-alarma-y-fiscales-llaman-a-denunciar-ese-delito/>
- Carvajal C (2002) *Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos* Revista chilena de neuro-psiquiatría 40(2) Recuperado el abril de 2017 de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272002000600003&script=sci_arttext
- Carvajal C (2011) *Trauma y estrés postraumático: algunas reflexiones* Revista chilena de neuro-psiquiatría 49(3) 221-224 Obtenido de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272011000300001
- Castro Saez M (2011) *Trastorno de estrés postraumático en menores que han sufrido maltrato familiar: directo y exposición a violencia de género (tesis doctoral)* Universidad de Murcia Murcia Recuperado el febrero de 2017 de <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/51490/TMCS.pdf>
- Centro de Estadísticas Ministerio Público Delito sexual (2017) Recuperado el mayo de 2017 de <http://ministeriopublico.gob.pa/estadisticas-judiciales/delito-sexual/>
- Chacon Fernandez J (2006) *Trastorno por Estrés Postraumático: Concepto, evidencias y seudoevidencias de evaluación y tratamiento en el siglo XXI* Recuperado el febrero de 2017 de http://bscw.rediris.es/pub/bscw.cgi/d4417617/Chacon-Trastorno_estres_postraumatico.pdf
- Corbella S & Botella L (diciembre de 2003) *La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación* Anales de la psicología 19(2) 205-221 Recuperado el enero de 2017 de http://www.um.es/analesps/v19/v19_2/04_19_2.pdf

- Crespo M & Gomez M M (2003) *Propuesta de un inventario para la evaluacion y diagnostico del Trastorno de Estrés Postraumático* Psicopatología Clínica Legal y Forense 3(3) 41-57 Recuperado el abril de 2017 de <http://masterforense.com/pdf/2003/2003art15.pdf>
- De La Rosa Gomez A (2013) *Evaluación de un programa de tratamiento para el Trastorno de Estrés Postraumático en víctimas de violencia criminal mediante exposición por realidad virtual (tesis doctoral)* Universidad Nacional Autónoma de México México D F doi <http://www.ciencianueva.unam.mx/repositorio/bitstream/handle/123456789/88/052.pdf?sequence=1>
- Diaconu A (2010) *El trastorno por estrés postraumático (TEPT) de origen laboral. Estudio de un caso clínico* Recuperado el marzo de 2017 de https://www.upf.edu/documents/3192961/3207869/TFM_Aniela_Diaconu.pdf
- Echeburua E & Corral de P (2007) *Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos ¿cuando como y para que?* Psicología Conductual pp 373-387 Recuperado el abril de 2017 de <http://www.ehu.es/echeburua/pdfs/Intervenci%C3%B3n%20en%20crisis.pdf>
- Echeburua E de Corral P Amor P J Zubizarreta I & Sarasua B (1997) Escala de gravedad de síntomas del Trastorno de Estrés Post Traumático propiedades psicométricas Análisis y modificación de conducta 23(90) Recuperado el abril de 2017 de http://www.ehu.es/echeburua/pdfs/7_egs.pdf
- Estudio del psicoanálisis y psicología (2017) *Índice Global de Duke para TEPT* Recuperado el abril de 2017 de [http://psicopsi.com/Índice Global de Duke para TEPT](http://psicopsi.com/Índice%20Global%20de%20Duke%20para%20TEPT)
- Fernandez Fernadez M V (2014) *Maltrato infantil. Un estudio empírico sobre variables psicopatológicas en menores tutelados (tesis doctoral)* Universidad de Murcia Recuperado el febrero de 2017 de <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/146291/TMVFF.pdf?sequence=1>

- Gaona O (Abril de 2011) *Estudio sobre maltrato infantil en el ambito familiar Paraguay* Asuncion Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia Obtenido de https://www.unicef.org/paraguay/spanish/py_resources_estudio_maltrato.pdf
- Gonzalez Fernandez J & Pardo Fernandez E (s f) *El daño psiquico en las victimas de agresion sexual Principios eticos en la practica pericial psiquiatrica* Recuperado el enero de 2017 de <https://www.uv.es/crim/cas/SecuelasPsiquicas.pdf>
- Gonzalez Muriel Lopez C (1996) *Factores de riesgo del maltrato y abandono infantil desde una perspectiva multicausal* Salamanca Universidad de Salamanca Recuperado el marzo de 2017 de <https://gredos.usal.es/jspui/handle/10366/69237>
- Guerra C & Plaza H (2009) *Tratamiento Cognitivo Conductual del Estrés Postraumático en un caso de violación infantil* Universidad de Chile Revista de Psicología XVIII(Nº 1) 103-129 Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26419221005>
- Joseph J & Gray M (2008) *Exposure Therapy for Posttraumatic Stress Disorder* The Journal of Behavior Analysis of Offender and Victim Treatment and Prevention 1(4) Recuperado el abril de 2017 de <http://psycnet.apa.org/journals/bov/1/4/69.pdf>
- Machon B Isla I Mingote Adan J C & Perris A (2001) *Tratamiento integrado del trastorno de estrés postraumático* Revista de psicoanálisis(8) Recuperado el enero de 2017 de [http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000161&a=Tratamiento integrado del trastorno de estrés postraumático](http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000161&a=Tratamiento%20integrado%20del%20trastorno%20de%20estr%C3%A9s%20postraum%C3%A1tico)
- Mainieri Caropreso R (s f) *El modelo de terapia cognitiva conductual* Recuperado el abril de 2017 de [file:///C:/Users/propietario/Downloads/explicacion%20de%20tcc%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/propietario/Downloads/explicacion%20de%20tcc%20(3).pdf)
- Medrano L A Galleano C Galera M & del Valle Fernandez R (2010) *Creencias irracionales rendimiento y deserción académica en ingresantes universitarios* Revista científica 16(2) 183-192 Recuperado el enero de 2017 de <http://www.redalyc.org/html/686/68617161007/>
- Montoya Soriano S (mayo de 2016) *Trastorno de estrés postraumático Crimipedia* Recuperado el marzo de 2017 de <http://crimina.es/crimipedia/topics/trastorno-estres-postraumatico/>

- Moreno Manso J M (junio de 2006) *Revision de los principales modelos teoricos explicativos del maltrato infantil* Enseñanza e Investigacion en Psicologia vol 11 271 292 Recuperado el febrero de 2017 de [http //www redalyc org/articulo oa?id=29211205](http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29211205)
- Novo Navarro M P (2017) *Desensibilizacion y reprocesamiento por movimiento ocular ensayo piloto en pacientes bipolares hipotesis de funcionamiento y revision sistematica* (tesis doctoral) Universidad de Autonoma de Barcelona. Recuperado el abril de 2017 de file:///C:/Users/proprietario/Downloads/mpnn1de1.pdf
- Observatorio de la Infancia (2006) *Maltrato infantil deteccion notificacion y registro de casos* Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales Recuperado el marzo de 2017 de [http //www observatoriodelainfancia msssi gob es/documentos/HojasDeteccion pd f](http://www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/documentos/HojasDeteccion.pdf)
- Obst Camerini J (2013) *La Terapia Cognitiva de Aaron Beck C A T R E C Fundacion Centro Argentino de Terapia Cognitiva y Terapia Racional Emotiva Conductua* Obtenido de [http //www catrec org/conceptos_beck2013.html](http://www.catrec.org/conceptos_beck2013.html)
- Ochoa Vera M E (2009) *Estres postraumatico y abuso sexual infantil factores asociados en victimas que asisten al Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses* (tesis maestria) Universidad Industrial de Santander Bucaramanga Recuperado el febrero de 2017 de [http //tangara uis edu co/biblioweb/tesis/2010/133430.pdf](http://tangara.uis.edu.co/biblioweb/tesis/2010/133430.pdf)
- OMS (2016) *La inversion en el tratamiento de la depresion y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%* Recuperado el 2017 de En [http //www who int/mediacentre/news/releases/2016/depression anxiety treatment/es/](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es/)
- OMS (2016) *Maltrato infantil* Recuperado el 2017 de [http //www who int/mediacentre/factsheets/fs150/es/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/)
- Orjuela Roa L I (enero de 2009) *El psicologo colombiano que requiere el pais en el siglo XXI* Colombia Recuperado el abril de 2017 de [http //www monografias com/trabajos66/psicologo colombiano siglo xxi/psicologo colombiano siglo xxi2.shtml](http://www.monografias.com/trabajos66/psicologo-colombiano-siglo-xxi/psicologo-colombiano-siglo-xxi2.shtml)

- Perry B (2014) *Estres Trauma y Trastorno de Estres Postraumatico en los niños Child Trauma Academy* Recuperado el febrero de 2017 de https://childtrauma.org/wp-content/uploads/2014/10/PTSD_Spanish_sm.pdf
- Pieschacon Fonrodona M (2011) *Trastorno del Estres Postrumatico un enfoque cognitivo conductual* Honolulu Recuperado el abril de 2017 de <https://www.aiu.edu/applications/DocumentLibraryManager/upload/MONICAPIESCHACONFONRODONA.doc>
- Prevencion del maltrato infantil* (junio de 2013) Recuperado el marzo de 2017 de http://files.sld.cu/preveni/files/2013/07/factores_riesgo_protectores.pdf
- Quiñonez E (2014) *223 millones de niños y niñas son victimas de abusos por año Diario Panama America* Recuperado el marzo de 2017 de <http://www.panamaamerica.com.pa/tema-del-dia/223-millones-de-ninos-y-ninas-son-victimas-de-abusos-por-ano>
- Real Academia Española (2017) *Diccionario de la lengua española Edicion del Tricentenario* Recupeirado el Abril de 2017 de <http://dle.rae.es/?id=GzAga0a>
- Resick P Monson C & Chard K (2008) *Terapia de procesamiento cognitivo Version V/M Manual del Terapeuta* Boston Recuperado el abril de 2017 de [https://www.dropbox.com/s/uixkk1kfrxfywh/Resick%20Terapia%20procesamiento%20cognitivo%20para%20TEPT%20\(1\).pdf?dl=0](https://www.dropbox.com/s/uixkk1kfrxfywh/Resick%20Terapia%20procesamiento%20cognitivo%20para%20TEPT%20(1).pdf?dl=0)
- Robles Sanchez J Marcos Gonzalez E Medina Amor J & Perez Iñigo Gancedo J (2003) *Terapias de orientacion cognitivo conductual en el trastorno por estres postraumatico 4to congreso virtual de psiquiatria* Recuperado el abril de 2017 de <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/assetstore/12/02/27/120227370911187808437070605245790634828>
- Ruskin A (febrero de 2015) *El trauma del Estres Postraumatico en la antigüedad Uniser sity* Recuperado el febrero de 2017 de <http://www.ihistoriarte.com/2015/02/el-trauma-de-estres-postraumatico-en-la-antigüedad/>
- Suarez G Muñoz M Gamez P Iglesias G Lopez A Rodriguez P Abejaro F (2008) *Trastorno de estres postraumatico en niños y adolescentes Revision del concepto y actualizaciones Noveno congreso virtual de psiquiatria* Recuperado el

- febrero de 2017 de
<http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/assetstore/12/07/66/120766782210034263133451075067310110860>
- Tejedor Pardo D (2009) *Abuso Infantil Secuelas Físicas Y Psicológicas en la Adultez PsicoWisdom* Recuperado el febrero de 2017 de
<https://psicowisdom.wordpress.com/2014/11/19/abuso-infantil-secuelas-fisicas-y-psicologicas-en-la-aduldez/>
- Thomson S A (1983) *Los usos de la biorretroalimentación en psicoterapia* Revista Latinoamericana de Psicología 15(1 2) 47 61 Recuperado el marzo de 2017 de
<http://www.redalyc.org/pdf/805/80515204.pdf>
- Torres A (s f) *Biofeedback ¿qué es y para qué sirve?* Psicología y mente Recuperado el marzo de 2017 de <https://psicologiamente.net/vida/biofeedback>
- Valiente M (2006) *El uso de la visualización en el tratamiento psicológico de enfermos de cáncer* Psicooncología, 3(1) 19 34 Recuperado el marzo de 2017 de
<https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/PSIC0606130019A/15906>
- Villavicencio Carrillo P & Montalvo Calahorra T (2011) *Tratamiento Cognitivo Conductual del Trastorno por Estrés Post-traumático en un caso de una adolescente víctima de agresión sexual* Revista Clínica Contemporánea, 2(1) 39 56 Recuperado el enero de 2017 de
<http://www.revistaclinicacontemporanea.org/archivos/cc2011v2n1a4.pdf>
- Zamora Salgado P (2017) *Cien técnicas lúdicas* San José: Habid Succar
- Zuñiga M (febrero de 2016) *El maltrato infantil La conducta de los hombres y las mujeres se forma durante los primeros años* La Estrella de Panamá Recuperado el marzo de 2017 de laestrella.com.pa/opinion/columnistas/maltrato-infantil/23920213
- Unicef (diciembre de 2014) *Cifras alarmantes de la violencia infantil en el mundo* Recuperado el marzo de 2017 de <http://www.telesurtv.net/news/Cifras-alarmantes-de-la-violencia-infantil-en-el-mundo-20141210-0027.html>
- Unicef (octubre de 2014) *La violencia infantil en cifras* Fundación Universia Recuperado el marzo de 2017 de

<http://noticias.universia.es/actualidad/noticia/2014/10/22/1113605/unicef-violencia-infantil-cifras.html>

ANEXOS

ANEXO N° 1

ENTREVISTA ESTRUCTURADA PARA EL TRASTORNO DE ESTRES POSTRAUMATICO – J Davidson

Introduccion (si es el primer encuentro con el paciente)

Me gustana preguntarle sobre dificultades o problemas que le han hecho solicitar ayuda

Primero puede decirme, por favor su edad _____ ¿Dónde vive? _____

¿Tiene empleo? Si lo tiene ¿En qué trabaja? _____

Si no tiene ¿Donde trabajo la ultima vez? _____

¿Qué trabajo tenia? _____ ¿Por que dejo de trabajar? _____

¿Con quién vive? _____

Por favor hableme de su familia, amigos y actividades sociales

A Experiencia de Trauma

A1 ¿Ha tenido alguna experiencia, ha sido testigo o tuvo que enfrentarse a un acontecimiento extremadamente estresante que le implicaba amenaza o muerte real o daño serio o amenaza para la integridad física suya o de otros?

No _____ Si _____

A2 ¿Ha reaccionado al acontecimiento(s) con miedo intenso indefensión u horror?

No _____ Si _____

¿Cuanto tiempo estuvo en esta situacion? _____ ¿Cual ha sido para Vd lo peor acerca de ello? _____

A3 Defina el evento(s) Identificado por los numeros siguientes Pueden ser añadidos comentarios

Evento	Edad que tema
1 = Combate	_____
2 = Violacion	_____
3 = Incesto	_____
4 = Otro asalto/ataque físico	_____
5 = Ver a alguien matando o robando	_____
6 = Desastre natural	_____
7 = Accidente	_____
8 = Duelo complicado	_____
9 = Amenaza inminente	_____
10 = Enfermedad amenazante para la vida	_____
11 = Otro (identificar)	_____

A4 Identifique que acontecimiento ha sido el peor y enfoque en él para la entrevista. _____

B Reviviendo el acontecimiento traumático

Después del suceso ¿se ha encontrado recordando o soñando persistentemente acerca del acontecimiento durante al menos un mes?

No _____ Si _____

¿Ha ocurrido incluso cuando no intentaba recordar?

No _____ Si _____

Ha sucedido incluso cuando Vd no intentaba recordar

No _____ Si _____

**ENTREVISTA ESTRUCTURADA PARA
TRASTORNO DE ESTRES POST TRAUMATICO (SIP)**

EL PERIODO DE TIEMPO SERA HABITUALMENTE LA ULTIMA SEMANA AUNQUE PARA EL DIAGNOSTICO EL PERIODO DE EVALUACION DE SINTOMAS REQUERIDO SE REFIERE A LAS ULTIMAS CUATRO SEMANAS PUEDE SER UTILIZADO PARA ESTE PROPOSITO EL PERIODO EN QUE PEOR HA ESTADO

A

Trauma _____

B1 ¿Ha experimentado imágenes dolorosas, pensamientos o recuerdos del trauma que no ha podido quitarse de su mente incluso aunque Vd. hubiese querido?

¿Han sido estos recurrentes?

0 = nada

1 = leve raramente y/o no molesto

2 = moderado al menos una vez a la semana y/o produce algun distres

3 = grave al menos cuatro veces por semana o moderadamente distresante

4 = muy grave diariamente o produce tanto distrés que el paciente no puede trabajar o funcionar socialmente

Puntue la última semana _____

B2 Sueños

Quisiera preguntarle acerca de sus sueños ¿Ha tenido sueños repetidos de violencia daño peligro combate muerte u otros temas relacionados con el trauma? ¿Eran estas escenas reales en las que estaba Vd. involucrado? ¿Reconoce personas en el sueño? ¿Son sueños del acontecimiento? ¿Con qué frecuencia ocurren? ¿Despierta sudoroso o gritando? ¿Temblando? ¿Palpitaciones? ¿Con dificultad respiratoria? ¿Son las pesadillas tan malas que su pareja no duerme en la misma cama o en la misma habitación?

0 = sin problemas

1 = leve infrecuente o no interfiere

2 = moderado al menos una vez a la semana y/o produce algun distres

3 = grave al menos cuatro veces por semana o moderadamente distresante

4 = muy grave seis o siete veces a la semana o muy distresante

Puntue la ultima semana _____

B3 Actua o siente como si el acontecimiento estuviese ocurriendo actualmente

¿En ocasiones ha reaccionado a algo como si estuviese de nuevo en el acontecimiento? ¿Le ha parecido que el acontecimiento estaba ocurriendo o que estuviese viviendolo de nuevo?

¿Ha tenido alucinaciones del acontecimiento?

0 = nunca

1 = rara vez / 1 vez a la semana

2 = algunas veces / 2-4 veces a la semana

3 = frecuentemente / 5-6 veces a la semana

4 = diariamente

Puntue la ultima semana _____

C2 Evitacion de actividades que incitan recuerdos del acontecimiento

0 = nada

1 = leve de dudosa significación

2 = moderado clara evitacion de situaciones

3 = grave muy incomodo y la evitacion evita la vida de alguna manera

4 = muy grave no sale de casa, no puede ir de compras ni a restaurantes y produce restricciones funcionales mayores

Puntue la ultima semana _____

C3 Amnesia psicogenica.

¿Hay una parte importante del acontecimiento que no puede recordar?

0 = sin problema recuerda todo

1 = leve recuerda la mayoría de los detalles

2 = moderado alguna dificultad para recordar detalles significativos

3 = grave recuerda solamente algunos detalles

4 = muy grave declara total amnesia por el trauma

Puntue la ultima semana _____

C4 Perdida de interes ¿Ha experimentado menos interes (placer) en las cosas que usualmente le interesaban?

¿En qué cosas ha perdido interes? ¿Que le interesa todavia?

0 = no pérdida de interes

1 = una o dos actividades menos placenteras

2 = varias actividades menos placenteras

3 = la mayoría de las actividades menos placenteras

4 = casi todas las actividades menos placenteras

Puntue la ultima semana _____

C5 Separación / extrañamiento

¿Hace menos cosas con la gente que usualmente? ¿Te sientes extraño con la gente?

0 = sin problemas

1 = sentimientos de separación/extrañamiento pero mantiene un grado normal de contacto con la gente todavía

2 = a veces evita contactos en los que normalmente participaba

3 = clara y usualmente evita a la gente con quien se relacionaba

4 = rechaza totalmente o evita activamente todo contacto social

Puntue la última semana _____

C6 Grado de restricción afectiva

¿Puede tener sentimientos cariñosos y sentirse cerca de otros? ¿Se siente insensible?

0 = sin problema

1 = leve de significado cuestionable

2 = moderado alguna dificultad para expresar sentimientos

3 = grave problemas claros en la expresión de sentimientos

4 = muy grave no tiene sentimientos insensible la mayor parte del tiempo

Puntue la última semana _____

C7 Futuro inmediato

¿Como ve su futuro?

¿Como ve su vejez? ¿Cuales son sus expectativas de futuro?

0 = describe un futuro positivo o realista

1 = leve a veces describe perspectivas pesimistas pero esto varía día por día

2 = moderado pesimista la mayor parte del tiempo

3 = grave constantemente pesimista

4 = muy grave no ve futuro / ve como posible la muerte cercana sin base médica

Puntue la última semana _____

D Elevada activación

D1 Trastorno de sueño

Hemos hablado anteriormente sobre pesadillas ¿Puede hablarme de otros aspectos del sueño? ¿Ha tenido alguna dificultad para dormirse? ¿Despierta durante la noche? ¿Tiene dificultades para volver a dormirse después de estos despertares?

0 = no pérdida de sueño

1 = leve dificultades ocasionales pero no más de dos noches/semana

2 = moderado sueño difícil al menos tres noches/semana

3 = grave dificultad en dormir cada noche

4 = muy grave menos de tres horas de sueño cada noche

Puntue la última semana _____

D2 ¿Ha estado mas irritable o se enfada más de lo habitual?

¿Cómo expresa sus sentimientos? ¿Ha tenido rabietas?

0 = nada

1 = leve sentimientos ocasionales de enfado o rabia sin que los demás se den cuenta

2 = moderado aumento de sentimientos de enfado se ha vuelto irritable o discutiador (al menos una vez cada 2 semanas) u otros se lo han comentado

3 = grave casi constantemente irritable o de mal humor/ a menudo pierde la calma o presenta deterioro importante en la capacidad para relacionarse con otros como consecuencia de ello

4 = muy grave preocupado con la rabia o sentimientos de venganza, muy agresivo o atacante / deterioro marcado en el funcionamiento

Puntue la ultima semana _____

D3 Deterioro en la concentracion

¿Ha notado algun problema de concentración? ¿Le resulta difícil concentrarse en las cosas? ¿Puede prestar atención fácilmente? ¿Que tal cuando lee o ve la TV?

0 = sin dificultad

1 = el paciente reconoce problemas leves

2 = el paciente describe dificultades

3 = interfiere con las actividades cotidianas trabajo etc

4 = problemas constantes incapaz de hacer tareas sencillas

Puntue la ultima semana _____

D4 Hipervigilancia

¿ Tiene que mantenerse en guardia? ¿Esta vigilante? ¿Se siente irritable? ¿Tiene que sentarse contra la pared?

0 = sin problema

1 = leve ocasional / no produce trastorno

2 = moderado produce disconfort / irritabilidad o vigilancia en algunas situaciones

3 = grave produce disconfort / irritabilidad o vigilancia en la mayoría de situaciones

4 = muy grave produce extremo disconfort y altera la vida (se siente constantemente en guardia / debe estar contra la pared / deterioro social debido a la irritabilidad

Puntue la ultima semana _____

D5 Sobresalto

¿Se sobresalta fácilmente? ¿Tiene tendencia a saltar? ¿Es un problema después de un ruido inesperado o si oye o ve algo que le recuerda al trauma original?

0 = sin problema

1 = leve ocasional / no produce trastorno

2 = moderado causas definitivas de discomfort o una respuesta exagerada de sobresalto al menos cada 2 semanas

3 = grave ocurre mas de una vez a la semana

4 = muy grave tan mal que el paciente no puede funcionar en el trabajo o socialmente

Puntue la ultima semana _____

E ¿Cuánto ha durado esta situación?

E1 Los síntomas que Vd. ha descrito ¿han durado al menos cuatro semanas? _____

E2 ¿Cuántos meses después del trauma aparecieron esos síntomas por primera vez? _____

E3 ¿Qué edad tenía cuando los síntomas empezaron? _____

F A juicio del entrevistador y teniendo en cuenta las respuestas del sujeto ¿El trastorno ha causado distres clínicamente significativo o deterioro en el funcionamiento social laboral o de otras áreas importantes?

No _____ Si _____

HOJA DE PUNTUACIONES SIP

Iniciales _____

Fecha _____

Visita _____

B	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
	(Subtotal)	
C	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
	6	
	7	
	(Subtotal)	
D	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
	(Subtotal)	
	Total (B C D)	

HOJA DE PUNTUACIONES PARA LA ENTREVISTA ESTRUCTURADA DEL PTSD

Puntuación total (la semana pasada u otro periodo prefijado) de todos los items B C y D

Puntue No como 1 Si como 2 a todas las respuesta siguientes

Diagnostico DSM IV

- ¿El acontecimiento traumatico esta definitivamente presente? _____
- ¿Al menos un item de la categoria B tiene una puntuacion de al menos 2 _____
- ¿Al menos tres items de la categoria C tiene una puntuación de al menos 2 _____
(Al menos un item debe ser C1 2 y otro debe ser de C3 7)
- ¿Al menos dos items de la categoria D 1 5 (cada uno debe puntuar al menos 2) _____
- ¿Diagnostico? _____

ANEXO Nº 2

ESCALA DE GRAVEDAD DE SINTOMAS DEL TRASTORNO DE ESTRES POSTRAUMATICO

(Echeburua, Corral, Amor, Zubizarreta y Sasua, 1997)

NOMBRE

Nº

EDAD

FECHA

Colóquese en cada frase la puntuacion correspondiente de 0 a 3 segun la frecuencia e intensidad del sintoma.

- 0 NADA
- 1 UNA VEZ POR SEMANA O MENOS/POCO
- 2 DE 2 A 4 VECES POR SEMANA/BASTANTE
- 3 5 O MAS VECES POR SEMANA/MUCHO

SUCESO TRAUMATICO

„Cuánto tiempo hace que ocurrió (meses/años)?

„Desde cuándo experimenta el malestar?

REEXPERIMENTACION

- 1 „Tiene recuerdos desagradables y recurrentes del suceso, incluyendo imágenes pensamientos o percepciones’
- 2 „Tiene sueños desagradables y repetitivos sobre el suceso?
- 3 „Realiza conductas o experimenta sentimientos que aparecen como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo’

4 ¿Sufre un malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso? -----

5 ¿Experimenta una reactividad fisiológica al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso? -----

PUNTUACIÓN DE SÍNTOMAS DE REEXPERIMENTACION -----
(Rango 0-15)

EVITACIÓN

1 ¿Se ve obligado a realizar esfuerzos para ahuyentar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociados al suceso? -----

2 ¿Tiene que esforzarse para evitar actividades, lugares o personas que evocan el recuerdo del suceso? -----

3 ¿Se siente incapaz de recordar alguno de los aspectos importantes del suceso? -----

4 ¿Observa una disminución marcada del interés por las cosas o de la participación en actividades significativas? ---

5 ¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a los demás? - -

6 ¿Se siente limitado en la capacidad afectiva (por ejemplo, incapaz de enamorarse)? --- -

7 ¿Nota que los planes o esperanzas de futuro han cambiado negativamente como consecuencia del suceso (por ejemplo realizar una carrera, casarse tener hijos etc)? --- -

PUNTUACION DE SINTOMAS DE EVITACION --- -
(Rango 0 21)

AUMENTO DE LA ACTIVACION

- 1 ¿Se siente con dificultad para conciliar o mantener el sueño? ----
- 2 ¿Está irritable o tiene explosiones de ira? ----
- 3 ¿Tiene dificultades de concentración? ----
- 4 ¿Está usted excesivamente alerta (por ejemplo, se para de forma subita para ver quién está a su alrededor, etc.) desde el suceso? ----
- 5 ¿Se sobresalta o se alarma más fácilmente desde el suceso? ----

PUNTUACIÓN DE SINTOMAS DE ACTIVACIÓN
(Rango 0-15) ----

PUNTUACIÓN TOTAL DE LA GRAVEDAD DEL TRASTORNO DE
ESTRES POSTRAUMÁTICO
(Rango 0-51) ----

Escala complementaria

Manifestaciones somáticas de la ansiedad en relación con el suceso

- Respiración entrecortada (disnea) o sensación de ahogo ----
- Dolores de cabeza ----
- Palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado
(taquicardia) ----
- Dolor o malestar en el pecho ----
- Sudoración ----
- Mareos sensación de inestabilidad o desmayo ----
- Náuseas o malestar abdominal ----
- Sensación de extrañeza respecto a uno mismo o de irrealidad ----

Entumecimiento o sensación de cosquilleo (parestias) —

Sofocos y escalofrios —

Temblores o estremecimientos —

Miedo a morir —

Miedo a volverse loco o a perder el control —

Puntuación específica de las manifestaciones
somáticas de la ansiedad —

(Rango 0-39)

Trastorno de estrés postraumático

Se requiere la presencia de 1 síntoma en el apartado de reexperimentación de 3 en el de evitación, y de 2, en el de aumento de la activación

SI ☐

Agudo (1-3 meses)

Crónico (> 3 meses)

Con inicio demorado

☐
☐
☐

NO ☐

Gravedad del trastorno de estrés postraumático

	PUNTO DE CORTE	PUNTUACIÓN OBTENIDA
ESCALA GLOBAL (Rango 0 51)	15	
ESCALAS ESPECÍFICAS		
<i>Reexperimentación</i> (Rango 0 15)	5	
<i>Evitación</i> (Rango 0 21)	6	
<i>Aumento de la activación</i> (Rango 0 15)	4	

ANEXO N° 3

INVENTARIO DE COGNICIONES POSTRAUMATICAS

Estamos interesados en el tipo de pensamiento que puede haber tenido despues de una experiencia traumatica. A continuacion, hay un numero de frases que pueden o no ser representativas de sus pensamientos. Por favor, lea cuidadosamente cada frase y díganos su grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de ellas. Las personas reaccionan a los sucesos traumaticos de muchas maneras diferentes. No hay respuestas correctas o incorrectas para estas frases.

	TOTALMENTE DE ACUERDO	MUY DE ACUERDO	LEVEMENTE DE ACUERDO	INDIFERENTE	LEVEMENTE EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
1 El suceso ocurrió debido a la forma en que yo actúe	1	2	3	4	5	6	7
2 No confío en que hare las cosas bien	1	2	3	4	5	6	7
3 Soy una persona debil	1	2	3	4	5	6	7
4 No sere capaz de controlar mi ira y hare algo terrible	1	2	3	4	5	6	7
5 No puedo controlar ni siquiera la mas minima molestia o enojo	1	2	3	4	5	6	7
6 Solia ser una persona feliz, pero ahora me siento siempre desilusionada	1	2	3	4	5	6	7
7 No se puede confiar en las personas	1	2	3	4	5	6	7
8 Tengo que estar alerta todo el tiempo	1	2	3	4	5	6	7

9 Me siento muerto interiormente	1	2	3	4	5	6	7
10 No puedes saber quién te hará daño	1	2	3	4	5	6	7
11 Tengo que ser especialmente cuidadoso porque nunca se sabe que puede ocurrir después	1	2	3	4	5	6	7
12 Soy una persona incompetente	1	2	3	4	5	6	7
13 No sere capaz de controlar mis emociones y pasara algo terrible	1	2	3	4	5	6	7
14 Si pienso en el suceso no seré capaz de controlarlo	1	2	3	4	5	6	7
15 El suceso me ocurrio por la clase de persona que soy	1	2	3	4	5	6	7
16 Mis reacciones desde el suceso me hacen pensar que estoy enloqueciendo	1	2	3	4	5	6	7

	TOTALMENTE DE ACUERDO	MUY DE ACUERDO	LEVEMENTE DE ACUERDO	INDIFERENTE	LEVEMENTE EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DISACUERDO
17 Nunca sere capaz de sentir de nuevo emociones normales	1	2	3	4	5	6	7
18 El mundo es un lugar peligroso	1	2	3	4	5	6	7

19 Otras personas podrian haber detenido el suceso y no les hubiese pasado nada malo	1	2	3	4	5	6	7
20 Permanentemente he cambiado a peor	1	2	3	4	5	6	7
21 Me siento como un objeto no como una persona	1	2	3	4	5	6	7
22 Otras personas no hubieran caido en esta situacion.	1	2	3	4	5	6	7
23 No puedo confiar en otras personas	1	2	3	4	5	6	7
24 Me siento apartado y aislado de otros	1	2	3	4	5	6	7
25 No tengo futuro	1	2	3	4	5	6	7
26 No puedo hacer nada para que no me sucedan cosas malas	1	2	3	4	5	6	7
27 Las personas no son lo que parecen	1	2	3	4	5	6	7
28 Mi vida ha sido destrozada por el trauma	1	2	3	4	5	6	7
29 Como persona hay algo equivocado en mi	1	2	3	4	5	6	7
30 Mis reacciones desde el suceso demuestran que soy un perdedor	1	2	3	4	5	6	7
31 Algo en mi hace que las cosas me sucedan	1	2	3	4	5	6	7
32 No sere capaz de soportar mis pensamientos acerca del suceso y caere en el aislamiento	1	2	3	4	5	6	7
33 Me siento como si no me conociera	1	2	3	4	5	6	7

nada en absoluto							
34 Nunca puedes saber cuando sucedera algo horrible	1	2	3	4	5	6	7
35 No puedo confiar en mí mismo	1	2	3	4	5	6	7
36 Nunca mas puede sucederme nada bueno	1	2	3	4	5	6	7

Calificación

Totalmente en desacuerdo 1

Muy en desacuerdo 2

Levemente en desacuerdo 3

Indiferente 4

Levemente de acuerdo 5

Muy de acuerdo 6

Totalmente de acuerdo 7

- 1 Se le asigna un puntaje acorde a la respuesta dada por el paciente a cada item el cual es agrupado en tres dimensiones que son las siguientes

Inventario de Cogniciones Postraumáticas																
Cogniciones negativas de si mismo							Cogniciones negativas del mundo							culpa		
ÍTEMS																
2 3-4 5 6 9 12-14-16 17 20-21-24 25 26 28-29 30- 33-35 36							7 8 10-11 18 23 27							1-15 19 22 31		
Puntaje		Σ / 21					Σ / 7							Σ / 5		

- 2 Se realiza una sumatoria de cada dimension y se divide para el numero de items agrupados obteniendo un valor que debe ser comparado acorde a cada dimension en la siguiente tabla

INTERPRETACION

Variable	Minimo	Maximo	Medio	DT
Si mismo	1 14	7 10	3 5658	
Mundo	1	7 00	4 7822	
culpa	1	7 00	3 7327	
Total	1 19	6 72	3 8720	

- 3 Si se desea un puntaje total se realiza una sumatoria de las tres dimensiones y se la compara igualmente en la tabla
- 4 Al señalar en la tabla se obtiene como resultado las cogniciones postraumaticas en un nivel minimo maximo y medio relacionado a las cogniciones negativas de si mismo del mundo y sobre el sentido de culpa además de un puntaje global

ANEXO 4

INDICE GLOBAL DE DUKE PARA EL TRASTORNO DE ESTRES POSTRAUMATICO

Nombre _____
 Edad _____
 Fecha _____

Estime el cambio en cada componente del TEPT del paciente ¿En qué medida ha variado su TEPT comparado con la situación del paciente al comienzo del tratamiento?

Marque el numero apropiado en cada ítem

- 1 Muchísimo mejor
- 2 Mucho mejor
- 3 Algo mejor
- 4 Sin cambio
- 5 Algo peor
- 6 Mucho peor
- 7 Muchísimo peor

Componente intrusivo (sueños pesadillas pensamientos recuerdos imágenes reviviscencias molestias por los Recuerdos)	1 2 3 4 5 6 7
Componente evitativo/paralizante (Pensamientos situaciones retracción distanciamiento paralización amnesia)	1 2 3 4 5 6 7
Componente de hiperactivación (respuesta de sobresalto estar en el límite concentración sueño irritabilidad)	1 2 3 4 5 6 7
Cambio total en el TEPT	1 2 3 4 5 6 7

ANEXO N° 5

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACION EN INVESTIGACION DE TESIS

PROGRAMA DE INTERVENCION CON TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL EN ADOLESCENTES CON TRASTORNO DE ESTRES POSTRAUMATICO VICTIMAS DE MALTRATO RESIDENTES EN EL HOGAR DE LA DIVINA GRACIA

Directora del Hogar de la Divina Gracia

Me dirijo a usted para solicitarle respetuosamente me permita brindar mi colaboracion a las adolescentes residentes en el Hogar que usted dignamente dirige aplicandoles un programa de intervencion psicologico orientado a ayudar a las victimas de violencia con sintomas de estres postraumatico para que superen el trauma sufrido

Toda la informacion que se obtenga durante esta investigacion igual que los resultados de la misma quedara registrada por escrito y sera sometida a analisis en total confidencialidad

Cualquier duda que surja respecto a este trabajo de investigacion podra ser aclarada durante el desarrollo del mismo

El presente documento es una garantia de que ni las jovenes ni el Hogar se veran afectados negativamente por su participacion en la investigacion de igual manera no le ocasionara a usted ningun gasto economico Cualquiera inversion economica que sea necesaria realizar sera cubierta por el estudio

Le agradezco su colaboracion y aceptacion con su firma en este documento

Firma de la Directora del Hogar de la Divina Gracia

Firma de la investigadora

Datos del investigador

Nombre Leida Maria Perez

Programa Magister en Psicologia Clinica Universidad de Panama

Telefono 6670 0888

Correo electronico jesusmar23@cwpanama.net

ANEXO N° 6
HISTORIAS DE VIDA

Paciente 1

Sexo femenino

Nacionalidad panameña

Edad 16 años

Estudios realizados septimo grado

Referido por la directora del Albergue

Motivo de consulta

Enfado sin motivos aparentes sentimientos de culpa poca participacion en actividades
problemas de concentracion llanto facil

Antecedentes

La paciente indica que son siete hermanos ella es la quinta hija de padre y madre De sus cuatro hermanos mayores tres son hombres la cuarta una hermana ella es la quinta despues siguen su hermanita y el ultimo es su hermanito

Nacio en un pueblito del interior y fue criada por su tia hasta que cumplio cinco años cuando ella y su hermana de nueve años quisieron ir a vivir con su mama a la capital Los primeros dias de su llegada fue como vivir un cuento de hadas

Todo era complacencia la mama le compraba de todo y ellas pedian y pedian Sus tres hermanos mayores vivian con el papa a quien ella visitaba esporadicamente Su mama estaba viviendo con un señor del que tuvo un niño al que la paciente dice querer mas que a su propia persona

Tenían casi dos meses de estar viviendo con la mamá cuando su hermana le dijo que no quería seguir en esa casa porque no le gustaba lo que la mamá quería que ellas hicieran. La paciente dice que le contestó que ella sí se quedaba porque no quería separarse de su mamá. La hermana mayor se devolvió a donde la abuela y ella se quedó con su mamá.

Transcurrido algunos meses dice la paciente que la mamá le enseñó muchas cosas. A los siete años ya era una experta en el arte de sustraer artículos de los almacenes y sabía cómo actuar en caso de ser descubierta. Dice que cuando iba a entregar la droga aunque fuera con su mamá era ella quien la llevaba así los policías no la revisaban.

Continúa la paciente narrando que siempre estaba bien vestida aunque no hubieran comido. Lo primero que hacía al levantarse era ver televisión. Se acostaba a dormir a altas horas de la noche viendo películas sin ningún tipo de censura en compañía de su mamá y su padrastro. Se despertaba casi al medio día. Solamente desayunaba y cenaba. Con frecuencia se comía unas papitas y soda.

La primaria la cursó en diferentes escuelas porque faltaba mucho a clases algunas veces porque tenía asma, otras porque se levantaba muy tarde y no alcanzaba a alistarse y cuando la maestra le mandaba notas por las ausencias la mamá la retiraba de la escuela pero antes iba a donde la maestra y le reclamaba de mala manera.

Aunque pudo ser buena estudiante no tuvo motivación para aspirar a mejorar en sus estudios. Estos no eran prioridad en su casa. Lo importante era tener dinero no importaba cómo conseguirlo. No recuerda haber realizado ninguna tarea ni haber presentado algún tipo de trabajo de los que les ponían los maestros.

Cuenta la paciente que aun no había cumplido los siete años cuando su padrastro la invitó a jugar en el pequeño jardín de la casa. El juego consistía en dejarse tocar todas las partes del cuerpo y no decirselo a nadie porque ese era un secreto. Ese juego se daba cada vez que la mamá no estaba en casa por lo que empezó a tener miedo y lloraba cuando la mamá manifestaba que iba a salir.

Fue a esa edad que la llevaron al médico y la declararon asmática. Del tocamiento y el secreto el padrastro pasó a las amenazas así la fue llevando hasta que a los catorce años

ella se lo dijo a la mama. La mama reacciono y le reclamo pero el lo nego y la trato de mentirosa. La mama no le creyo al padrastro pero tampoco puso la denuncia.

Segun la paciente despues de esta confesion su mama la gritaba y le pegaba sin necesidad le gritaba que ella habia llegado a desgraciarle la vida y que ella era una mala hija, que ojala se hubiera muerto cuando nacio. La relacion con su pareja tambien cambio con el se puso agresiva incluso en varias ocasiones ambos se agredieron fisicamente. En una de esas violentas discusiones en la que su mama la golpeo ella decidio escaparse de la casa. Estuvo vagando por la terminal pidiendo dinero para el pasaje queria llegar a donde su abuela.

Le dolio mucho que su mama hubiera reaccionado en la forma negativa en que lo hizo. Piensa que hubiera sido mejor haber guardado silencio como el padrastro le decia al fin y al cabo ya estaba grande y hubiera podido defenderse cuando el intentara seguir abusandola si lo hubiera hecho asi ahora estaria en casa con la mama y la relacion entre ellas no se hubiera deteriorado.

Las palabras que con frecuencia la mama le decia la golpeaban en la mente. Ella era una mentirosa que habia regresado a desgraciarle la vida hubiera sido mejor haberse regresado a vivir con la abuela.

Estaba llorando en la terminal caminando de un lado para otro cuando la policia de menores la detuvo y la llevaron a la SENNIAF. La interrogaron y al escuchar su historia de maltrato y agresion le gestionaron un cupo en el Hogar.

Examen de salud mental

La paciente se presenta puntualmente su apariencia es limpia y esta bien presentada el cabello peinado y recogido con una cinta calzada con sandalias. Su lenguaje es claro alto y directo su mirada es baja. Contesta las preguntas con rapidez y coherencia. Desde el inicio se muestra atenta y colaboradora.

Diagnostico Multiaxial

Eje I F43 10 Trastorno de estres postraumatico

Eje II sin diagnostico

Eje III Asma

Eje IV familia disfuncional problemas escolares

Eje V 77

Paciente 2

Sexo femenino

Nacionalidad panameña

Edad 16 años

Estudios realizados septimo grado

Referido por la directora del Albergue

Motivo de consulta

Miedos sentimiento de culpa problemas para concentrarse sentimiento de incapacidad inseguridad arrebatos de furia alteracion del sueño

Antecedentes

Es la hija mayor de su mama dice tener dos hermanos menores hijos de su mama con otro señor y que cuando tenia 11 años descubrio a sus dos hermanos mayores hijos de su papa Nacida en la provincia de Darien vivia con su mama y padrastro a quien ella le decia papa Era una estudiante con un promedio de 4

No se enfermaba de niña y asegura que nunca la llevaron al medico Su relacion con la mama era excelente iban al culto a la iglesia evangelica y ella participaba activamente Cuando habia reuniones solo para los adultos ella se quedaba en la casa cuidando a sus hermanitos porque uno de sus oficios era ese ayudar a su mama con los niños mientras ella hacia otros deberes

Su padrastro ejercia un puesto publico en el pueblo y era muy querido por las personas del lugar Casi todos en el pueblo la conocian ella cantaba y tocaba el tambor le fascinaba montar a caballo y correr cuando se sentia sola o triste galopaba hasta llegar al rio se bañaba y se volvia a sentir bien Tenia muchas amigas y con frecuencia se reunian para compartir sobre cualquier cosa en ese tiempo reia con mucha facilidad

Con la menarquia a la edad de 12 años iniciaron sus grandes problemas. El hermano de su padrastro, un hombre de más de 30 años, empezó a enamorarla y a ofrecerle dinero para que mantuvieran una relación. Al ella no aceptarlo, él llegó a la casa un día que la mamá no estaba y trató de abusar de ella. La llegada imprevista de una vecina evitó el abuso.

Otro día en que la mamá y el padrastro estaban en el culto en una vigilia, ese señor volvió a molestarla, pero en esa ocasión sí logró su objetivo: la golpeó y abusó de ella en repetidas ocasiones esa misma noche. Por más que gritó no hubo quien la auxiliara. Sus hermanitos vieron todo lo que estaba pasando, pero él les dijo que estaban jugando a la lucha.

La paciente dice que al decirle a la mamá lo sucedido con el hermano del padrastro, esta se enojó muchísimo y la acusó de estar inventando historias solo para crearle problemas con el esposo. También la acusó de haberlo provocado porque ese señor nunca se había metido en problemas de esa clase.

La marca de los golpes en su cuerpo no hizo que la mamá cambiara su actitud; al contrario, cada vez que la veía lo hacía con rabia, le gritaba que era una cualquiera y que eso era lo que estaba buscando para dedicarse a buscar hombres a su antojo.

A partir de ese momento ella sentía mucho miedo, desconfianza y rabia. Sentía rabia y dolor al mismo tiempo porque el solo pensar que su mamá la viera como si ella fuera una cualquiera la hacía llorar. Dice no saber que le dolía más: si el abuso del hermano de su padrastro o el maltrato y desconfianza de su mamá.

La mamá le prohibió salir de casa para que los vecinos no la vieran golpeada. Se sentía tan mal que decidió irse a vivir con el papá, al que no veía desde que tenía siete años. El papá estaba viviendo en otra población como a tres horas de camino de donde ella estaba.

Tan pronto salió de la casa de su mamá, tomó la decisión de no regresar porque se sintió traicionada y no comprendida. Pensó que su mamá, al darse cuenta de su partida, la buscaría, pero no fue así; al contrario, parecía que la mamá hubiera deseado que eso pasara para deshacerse de ella.

Nunca pensó que su mamá la fuera a acusar de inventar historias de esa o de otra clase, porque hasta ese momento ella no le había dado motivo para que dudara. Se preguntaba

que habia hecho ella para que le pasara lo que le paso y por que su mama no la defendio y al contrario se puso en su contra

Estuvo con el papa y los hermanos algo mas de tres meses aun no se habia adaptado se sentia viviendo entre extraños porque anteriormente casi no se habian relacionado Un dia se fue al rio a lavar como lo hacia siempre y al regresar a casa se sorprendio de que su hermano mayor hubiera regresado antes de lo acostumbrado y mas aun que le estuviera hablando cuando el normalmente casi ni la miraba Dice haber sentido terror cuando el hermano cerro la puerta con llave estando solo ellos dos

Despues del abuso se fue a trabajar al monte advirtiendole que no dijera nada Ella se lo dijo al papa y por su reaccion dice casi estar convencida de que ya el papa lo sabia y lo aprobaba El hermano volvio al dia siguiente y otro y otro hasta que ella logro reunir el dinero para venirse a la capital y trabajar

Encontro un trabajo en una casa de familia en la que salia desde el sabado al medio dia y regresaba el lunes en la mañana La patrona la queria mucho y al enterarse que solo habia estudiado la primaria le converso para que iniciara la secundaria y la matriculo en una escuela laboral para que estudiara en ese tiempo que tenia de descanso Trabajo cinco meses el patron nunca le dirigio la palabra ella se sentia invisible cuando el estaba eso a ella no le molestaba Se sorprendio una noche en que el patron entro a su habitacion abuso de ella y le tiro un billete de 20 dolares Ella se queria morir llamo a la directora de la escuela le conto lo sucedido pusieron la demanda de abuso y a ella la mandaron para un internado

Estando en el Albergue se siente sucia y tiene ataques de llanto Manifiesta tener mucha rabia con todos los que le hicieron daño Se culpa de lo que le paso y piensa que su mama tenia razon cuando le decia que ella deberia estar dado motivos para que los hombres la traten asi

Examen de estado mental

Se presenta bien vestida tono de voz bajo expresion coherente narra su experiencia con rabia y dolor al mismo tiempo su coordinacion motriz es normal Su lenguaje es limitado desconoce el significado de algunas palabras piensa antes de responder su mirada es esquiva presta atencion responde con lentitud

Diagnostico Multiaxial

Eje I F43 10 Trastorno de estres postraumatico

Eje II sin diagnostico

Eje III sin diagnostico

Eje IV familia disfuncional problemas de escolaridad

Eje V 74

Paciente 3

Sexo femenino

Nacionalidad panameña

Edad 17 años

Estudios realizados noveno grado

Referido por la directora del Albergue

Motivo de consulta

Enuresis y pesadilla

Antecedentes

Vivio con los abuelos y una tia hasta los cinco años. Son 4 hnos. El segundo es el varon, las otras tres son mujeres. La paciente es la tercera. Vivía con los abuelos porque la mama tenia dos trabajos. Sus dos hermanos mayores vivían con la mama. Su hermana menor nació cuando ella tenía 5 años y también vivió con su mama. Tenía 4 primos que se la pasaban donde los abuelos.

A los cinco años un primo que ella cree que tenía 17 años la acostó en la cama y empezó a tocarla. Esa escena se repitió muchas veces. No recuerda por que no le dijo nada a nadie pero empezó a encerrarse en ella misma.

A los 6 años se fue a vivir con la mama pero como extrañaba a los abuelos se iba a pasar vacaciones con ellos. Allí se encontraba con los primos y tíos algunos de ellos la tocaban y le compraban galletas y helado para que no dijera nada. Cuando había cumplido los nueve años empezó a sentir que sus otros dos primos de 12 y 14 años la abrazaban diferente. La abuela también notó algo y empezó a cuidarla. Le llamó la atención a los tres y les recordó que eran familia. Por eso entre ellos no pasó nada.

A los doce años el padrastro le pegó porque ella en un ataque de rabia maltrato a su hermanita. Recién había descubierto que su padrastro no era su papa. Se puso violenta. Quiso salir de la casa y empezó a inventar historias de abuso por parte del padrastro y de maltrato por parte de la mama. Se lo comentó a la maestra y la esta puso la denuncia a la

D I J La llevaron al psicologo y ella se mantuvo diciendo lo mismo no cambiaba la version

Le avisaron a la mama quien se extrañó de lo que estaba pasando porque su hija nunca le habia dicho nada pero la menor a sabiendas de que estaba mintiendo sostuvo que era cierto lo que decia y que su mama tambien era una maltratadora El ver llorar a la mama le dolia mucho, pero la rabia que sentia era mas grande por eso se mantuvo incluso dice haber hecho una escena de llanto que convencio a la trabajadora social y a la psicologa de que efectivamente sus padres la maltrataban

Le quitaron la custodia a la mama y la internaron en un tutelar en el interior del pais donde habian adolescentes con todo tipo de problemas de conducta una de ellas intento abusarla sexualmente pero forcejeo y pudo escaparse En otra ocasion entre varias le abrieron las piernas y trataron de introducirle algo por la vagina en esta ocasion fue otra adolescente la que la defendio

Estaba con mucho miedo pero no podia regresar a la casa materna por las acusaciones que le habia hecho a su mama y a su padrastro Estuvo cinco meses en el Tutelar hasta que le dieron la custodia a la tia que vivia con los abuelos desde el domingo en la tarde hasta el viernes estaba en un internado los fines de semana la retiraban y entraba nuevamente el domingo Estando con la tia se desarrollo a los 12 años

A los trece años un vecino de la infancia que se habia ido a vivir la capital regreso tenia años que no se veian la enamoro ella le correspondio e inmediatamente empezaron a mantener relaciones sexuales Se veian solo de vacaciones en vacaciones Esa relacion termino porque el no regreso mas al pueblo y dejaron de verse A raiz de esa ruptura empezo a pasar de una relacion a otra

Sus primos al abrazarla la tocaban y trataban de besarla en la boca lo mismo hacian los tios y ella ponía una resistencia debil por miedo a ser golpeada porque ellos cuando se ponian violentos parecían locos Al final todos los fines de semana pasaba de tener relacion con sus primos a tenerla con sus tios

No se sentia bien con lo que estaba pasando por eso empezo a fugarse de casa de su tia y a irse con sus amigas a tomar y a fumar la tia no se daba cuenta de lo que ella hacia puesto

que se escapaba por la ventana de su habitación. Estar cerca de los primos y tios la hacia ponerse violenta pero no decia la razon porque sentia que ella se habia vendido por lo que le daban y porque la tia no le iba a creer.

La tia observando su conducta con los primos la cuestiono al respecto y ella efectivamente le conto lo que estaba sucediendo al enfrentarla con los primos estos negaron lo dicho por ella y contaron que se estaba escapando por las noches. Ante la evidencia de sus evasiones la tia le creyo a los primos diciendole que su rabia se debia a que como los primos sabian de su doble vida ella los trataba mal para que no hablaran y asi su historia de abuso fuera creida.

Despues de esa conversacion la tia la llevo al juzgado para que le dieran la tutela a otro familiar pero como ella se nego a irse con alguno de sus tios y no ser la mama una alternativa para pedir la custodia fue remitida al Albergue.

Examen de estado mental

La paciente se presenta bien puntualmente con la ropa limpia bien peinada su hablar es fluido las frases son bien elaboradas en el transcurso de la entrevista tiene llanto silencioso manifiesta sentimiento de culpa evita la mirada de la terapeuta la motricidad es buena no presenta problemas de lateralidad esta bien orientada en tiempo y espacio.

Diagnostico Multiaxial

Eje I F43.10 Trastorno de estres postraumatico

Eje II sin diagnostico

Eje III sin diagnostico

Eje IV familia disfuncional

Eje V 79

Paciente 4

Sexo femenino

Nacionalidad panameña

Edad 15 años

Estudios realizados septimo grado

Referido por la directora del Albergue

Motivo de consulta

Sentimiento de que la van a agredir autoagresion enfado sin motivo miedo a quienes le hablan muy de cerca

Antecedentes

Nacio en el distrito de Panama vivio con la mama hasta los tres años en que una vecina la denunció por maltrato por abandono la policia la saco de la casa junto con sus tres hermanos a los cuales vio ese día por ultima vez

No conocio a su papa por lo tanto no sabe si esta vivo o muerto Ella vivio un año y medio en la Cruz Roja alejada totalmente de todos sus familiares hasta que una tia consiguio la custodia temporal Durante su estadia en la Cruz Roja fue victima de bulin los otros niños la golpeaban y se le comian la comida

En la casa de esa tia al principio todo estaba bien pero al pasar el tiempo empezaron a descuidarla andaba sin peinar sin zapatos sucia y se resfriaba con frecuencia lloraba mucho y no comia lo que la tia le daba La tia empezo a gritarle y a golpearla porque casi no comia

En la casa de su tia todos los dias iban muchas personas a jugar bingo mientras los adultos jugaban ella se la pasaba de un lado para otro jugando con una muñeca de trapo Una de las señoras que frecuentaban el lugar le llevaba cositas de comer y la trataba con gran cariño Esa señora y su hija la hacia sentir bien dice la paciente que ambas la querian mucho

Esta señora y su hija empezaron a llevarse algunos días para su casa y a ella le gustaba que se la llevaran. En cierta ocasión le preguntaron si quería irse a vivir con ellas y ella muy contenta les dijo que sí.

Las señoras hablaron con la tía y se la pidieron en adopción. Le dieron dinero para que un abogado arreglara los papeles. Su tía le dio unos papeles y la menor se fue a vivir con su nueva familia. La señora se convirtió en su mamá y la hija fue su hermana mayor.

La mamá de la señora a quien ella llamaba abuela la empezó a maltratar física y verbalmente porque la niña no comía. Recibía golpes en la cabeza, las piernas, la espalda. Su defensor era el abuelo. Cuando el abuelo no estaba en casa ella lloraba porque la abuela por cualquier motivo la golpeaba. Cuando la hermana y la mamá regresaban a casa siempre la abuela tenía un motivo para justificar el maltrato.

Sentía que tenía mucha rabia con la abuela y también con la mamá porque no le decía a la abuela que dejarla de maltratarla y porque le creía todo lo que decía de ella. Empezó a encerrarse en el cuarto y a escuchar música, casi no hablaba y se distraía con cualquier cosa. Dejó de preocuparse por las labores escolares y con mucha frecuencia empezó a faltar aunque llegaba al colegio no entraba a los salones de clases.

Aunado a eso, cuando quisieron sacarle la cédula juvenil descubrieron que los papeles de adopción por lo que había pagado eran falsos. Eso hizo que la mamá se sintiera estafada por la tía y se disgustaran con la menor echándole en cara el gasto en que habían incurrido por ella para que todo fuera falso y aparte de eso ella se portaba tan mal. Ese descubrimiento hizo que todo cambiara. La mamá estaba molesta siempre, esto hizo que la paciente se pusiera más rebelde, empezó a llevarles la contraria abiertamente y a responder de forma altanera.

Aunque no le era difícil llamar a la señora mamá, con el señor era diferente y lo llamaba por su nombre. Él quería que la paciente lo llamara papá, pero ella no le tenía confianza porque anteriormente se había tratado muy poco con él. Cuando ella iba a la casa de su nueva familia antes de mudarse con ellos definitivamente, casi no lo veía porque él se la pasaba en el cuarto o salía a practicar deportes. Una de las veces en que ella no entró a

clases una de las profesoras llamo a la casa e informo lo que estaba pasando Cuando llego a la casa su papa la estaba esperando y la regañó por ser una irresponsable

Ese dia discutieron el estaba muy molesto y la paciente sumamente agresiva y ofensiva con sus palabras En un momento en que ella le estaba gritando el la dio una bofetada y le rompio la boca al golpearla con el anillo La paciente dice que ella estaba como loca y aprovecho para enfrentarse con la abuela luego se encerro en el cuarto y empezo a cortarse las piernas los brazos la espalda para quitarle la navaja de afeitar el padrastro forcejeo con ella la tiro del cabello Ella termino en el hospital con moretones por todos lados

Del hospital la SENNIAF la mando para un Hogar del que se escapo en varias ocasiones hasta que llego al Albergue en el que esta residiendo actualmente El recuerdo de lo vivido con la abuela y el padrastro le viene a mente con bastante frecuencia sueña con eso tiene flashback de niños pegandole cuando alguien levanta la mano hace ademan de retirarse porque cree que le van a pegar

A la mama biologica la volvio a ver a principio de 2016 diez años despues de que se la habian quitado pero la señora no ha tenido mucho acercamiento con la menor

Examen de estado mental

La paciente se presento puntualmente Su apariencia personal es un poco descuidada su tono de voz era bajo y entrecortado al inicio a medidas que fue avanzando el dialogo se mostro mas abierta y dispuesta a colaborar no presenta problema de motricidad y su lateralidad es normal Sus pensamientos estan bien estructurados mantiene poco contacto visual con la terapeuta

Diagnostico Multiaxial

Eje I F43.10 Trastorno de estrés postraumático

Eje II sin diagnostico

Eje III problemas digestivos

Eje IV familia disfuncional problema escolares

Eje V 7

Paciente 5

Nombre J A Z

Sexo femenino

Nacionalidad panameña

Edad 16 años

Estudios realizados noveno

Referido por la directora del Albergue

Motivo de consulta

Evita hablar de las situaciones dolorosas que ha vivido poco interes en participar de actividades del Albergue desapego de los miembros de su familia

Antecedentes

La menor manifesto que no recuerda nada de su vida antes de los cinco años A esa edad fue a vivir a Colon con sus abuelos y una tia A los diez años cansada del maltrato de la tia se viene a vivir a Panama con su papa El maltrato que le daba la tia era golpearla porque iba mal en la escuela ya que no le gustaba estudiar porque estudiar da pereza esa fue la razon por la que ese año repitió cuarto grado

Viviendo con su papa dice que se sentia bien porque nadie le ponía cuidado y ella hacía lo que quería Continúa con la misma conducta evasiva en la escuela y vuelve a repetir cuarto grado La matriculan por tercera vez en esta ocasión la madrastra se da cuenta que no hace tareas y le dice al papa quien la castiga golpeandola con un cable los golpes y castigos continuaron motivados por las quejas de la madrastra hasta que la sacaron de la escuela

Dice no recordar haberse relacionado con la mama quien vivía en una barriada cercana a donde ella residía con el papa En muchas ocasiones cuando el papa o la madrastra la mandaban a hacer mandado ella se encontraban en la calle con su mama se veían a

distancia Ella en una cuadra y su mama en la otra Asegura no recordar que su mama le hubiera sonreído y aunque ella la saludaba con un hola la mama la mama solo la miraba como quien mira a un desconocido no le decia nada y seguia de largo

Sin obligaciones escolares y no teniendo nada que hacer se dedico a acompañar al sobrino de la madrastra a la venta y distribucion de droga Como ella era pequeña le resultaba facil llevar y entregar la mercancia porque los policias no sospechaban que ella era distribuidora tampoco la revisaban porque se habia hecho amiga de casi todos los policias

Estar en la calle y distribuir droga le gustaba porque era conocida por mucha gente y ganaba el dinero sin muchas complicaciones Se compraba sus cositas y ya se sentia grande No le rendia cuenta a nadie porque el papa ya no le ponia atencion y la madrastra tampoco se metia en su vida

Segun la paciente su vida tomo otro rumbo cuando en cierta ocasion fue a otro lugar a entregar un encargo con el sobrino de la madrastra era de noche pero la hora era lo de menos ella podia entrar y salir de la casa de su papa a la hora que quisiera Esa noche como estaban lejos de su casa y de su area de trabajo los policias no los conocian Los pararon les hicieron algunas preguntas y les pidieron documentos luego le hicieron la requisita y le encontraron a ella la droga inmediatamente la llevaron al cuartel

No supo que paso con el muchacho que la acompañaba esa noche y cuando llamaron al papa para decirle que la habian arrestado el le mando a decir que ella se habia buscado lo que le estaba pasando por lo que tampoco se presento para tratar de sacarla de ese apuro

Ingreso al Albergue y desde su llegada no ha recibido ni visita ni llamaba de algun familiar o conocido

Durante el tratamiento la menor evita hablar de su familia dice estar bien y que no necesita de quienes no la buscan

Examen de estado mental

La menor se presenta vestida modestamente limpia bien peinada Esta un poco nerviosa se evidencia por los movimientos de las manos Su lenguaje es poco fluido y adopta una

posicion que indica su poco deseo de colaborar. Contesta las preguntas con pocas palabras y asegura que ella esta y se siente normal. Esta bien orientada en tiempo y espacio, no presenta problemas de motricidad. La mirada es esquiva y se le nota la molestia que le ocasiona hablar de este tema.

Diagnostico Multiaxial

Eje I F43.10 Trastorno de estrés postraumático

Eje II sin diagnostico

Eje III Sin diagnostico

Eje IV familia disfuncional problemas escolares

Eje V 60

Paciente 6

Sexo femenino

Nacionalidad panameña

Edad 16 años

Estudios realizados grado once

Referido por la directora del Albergue

Motivo de consulta

Auto agresion sentimientos de culpa y de verguenza dificultad para concentrarse arrebatos de furia

Vivia con su papa y los abuelos paternos de la mama no recuerda nada porque ella la abandono segun le cuenta la abuela cuando tenia un año y siete meses se fue a vivir a Colombia su pais natal

Tuvo varias madrastras que vivieron poco tiempo con el papa y no sabe por que circunstancias ella pasaba de donde los abuelos a donde la tia de donde la tia a donde la madrastra y finalmente siempre terminaba donde los abuelos Tiene una hermana menor que no conoce producto de una de esas relaciones

El papa le daba ciertas libertades para salir con sus compañeras de salon y para ir a la casa de sus amiguitas pero su abuela no estaba de acuerdo con esas salidas porque decia que aun estaba muy niña para estar saliendo

Considera a su abuela una mujer controladora eso la enfurecia la menor se dejaba llevar de la rabia y gritaba muy feo a su abuela quien le ponía las quejas al papa y este reaccionaba con mucha violencia golpeandola En cierta ocasion la correa le quedo marcada en la cara aunque sus muslos eran los normalmente recibían todos los golpes Sin embargo dice que no le tenía miedo al papa sino al abuelo

Antes de cumplir los 12 años murio su papa Despues de esa separacion su conducta empeoro y empezo a culpar a todos de su muerte Se culpaba principalmente a ella porque

el día que su papa murió ella estaba castigada en su cuarto por haberse portado mal. Considera que su papa se murió porque Dios la castigó llevandoselo.

Al enterarse de la muerte del papa se tiró al piso y empezó a golpearlo diciendo que era mentira. Luego salió corriendo a donde una tía gritando que su papa no se había muerto. Después de eso no recuerda más nada. La tía le decía que no se pusiera así y le hablaba pero ella estaba furiosa porque su papa no se debía haber muerto.

Su escape empezó a ser la calle. En la primera oportunidad que tenía decía que iba a la tienda o a donde una vecina pero en realidad se iba con sus amigos. En muchas ocasiones a meterse en problemas pero sus abuelos nunca se dieron cuenta de lo que ella hacía.

No quería estar en la casa. Sentía mucho la ausencia del papa y quedarse en casa era pensar y pensar en el tiempo que perdió y en las cosas que pudo haber hecho con él y no lo hizo.

Empezó a rasparse la piel con la punta de una aguja. Luego siguió cortándose con una hoja de afeitar, con vidrios o cualquier objeto que tuviera algo de filo. Dice que cuando lo hacía sentía menos dolor interior. Sentía rabia con todos y contestaba con groserías sin necesidad de hacerlo. A medida que pasaba el tiempo su rebeldía era mayor y el escaparse de la casa y de la escuela se convirtió en algo normal para ella.

Ya a los 13 años era experta en escaparse por el techo de la casa en las noches. Los vecinos fueron quienes le informaron al abuelo lo que ella hacía. Tuvieron que mandar a arreglar el techo y a poner verjas en toda la casa para evitar que ella continuara con sus prácticas evasivas.

A los 14 años empezó a tener vida sexual activa y sin ninguna clase de protección. Ya en ese momento los abuelos no representaban autoridad para ella y hacía lo que quería. No daba explicaciones y gritaba a todos sin medir consecuencias.

El irrespeto a los abuelos fue cada vez mayor y nadie la controlaba. Su abuelo que hasta ese momento únicamente la había regañado empezó a pegarle con el cable de la corriente eléctrica con la modalidad de desnudarla. Esto la enfurecía más aun y aunque sentía mucho miedo nunca se lo demostró.

Las marcas de los cables con que el abuelo la golpeaba aun estan en varias partes de su cuerpo pero aun así ella continuaba haciendo lo que queria Nadie la convencia de que cambiara y ella se sentia bien haciendo lo que hacia en la calle o en la casa

Llego al Albergue en el que actualmente reside porque para llamar la atencion de la familia hizo correr la voz en la escuela de que estaba embarazada Llamaron a la abuela para que le hiciera la prueba de orton la cual salio negativa En esa ocasion la regañaron por decir mentiras ero a ella le entro por un oido y le Salio por el otro

Nuevamente llamaron a la abuela a la escuela porque no fue a buscar el boletin La abuela se presento con el tio de ella quien delante de la consejera la regaño muy fuertemente y la amenazo Al llegar a casa la regañaron por los fracasos escolares y el tio le pego con un palo de ciruela Ese mismo dia recogio sus cosas y con ayuda de una amiga salio escondida Pusieron la denuncia la encontraron y fue remitida al Albergue

Examen de estado mental

La presentacion personal es descuidada respira con dificultad agacha la cabeza y mira para el suelo mantiene poco contacto visual con la terapeuta Al principio le cuesta contestar las preguntas La paciente manifiesta sentirse incomoda al hablar de este tema Aunque su voz es clara y el tono es bueno Gran parte de la entrevista se realizo en medio de lagrimas El comportamiento de la paciente era nervioso mientras narraba parte de los acontecimientos rasgo un trapo que se le dio para que lo tuviera entre las manos y con los pedazos hizo una trenza No presenta problemas de motricidad

Diagnostico Multiaxial

Eje I F43.10 Trastorno de estres postraumatico

Eje II sin diagnostico

Eje III Auto agresion

Eje IV familia disfuncional problemas escolares

Eje V 74

Paciente 7

Sexo femenino

Nacionalidad panameña

Edad 14 años

Estudios realizados cuarto primaria

Referido por la directora del Albergue

Motivo de consulta

Sueños recurrentes llanto facil cuando ve un recién nacido sentimiento de culpa se disgusta con facilidad

Antecedentes

La adolescente indica que es hija única de su mamá pero que su papá tiene tres hijos mayores que ella con otra señora. Creció en una familia formada por papá y mamá. De niña fue muy querida por todos y recuerda con alegría sus primeros años. Ella quería tener un hermanito y con frecuencia le decía a su mamá que cuando lo iban a tener

Debido a esa petición su mamá recogió a un niño abandonado cuando ella tenía nueve años. El bebé tenía ocho meses, estaba feliz de tener un hermanito pero aunque lo quería tenía miedo de que sus padres lo quisieran más a él que a ella.

Su mamá murió cuando ella tenía once años. Nunca sospecho que su mamá estaba enferma tampoco le extrañaba que ella empezara a viajar a Panamá con alguna frecuencia. Se enteró que la mamá tenía cáncer cuando ya estaba en la fase terminal sin embargo nunca pensó que su mamá se pudiera morir por eso después de su muerte a ella le parecía que en cualquier momento iba a regresar a casa hasta que se dio cuenta de que la espera era inútil y fue cuando la pudo llorar. Esto sucedió cinco meses después de que la hubieran enterrado a su mamá y empezó a sentir que estaba sola.

Luego de la muerte de su mamá empezó a publicar fotos suyas por Facebook le gustaba que le pusieran me gusta. Como su cuerpo estaba bien desarrollado las fotos que subía eran mostrando sus atributos físicos.

Un chico empezo a escribirle y se hicieron amigos despues de un tiempo le pidio que fuera su novia y ella lo acepto Cuando se vieron personalmente descubrio que ese joven era hermano de una de sus amigas y que era mayor de edad

Sus casas estaban bastante retiradas la una de la otra pero ella lo iba a visitar a su casa donde el vivia con sus padres y hermanos Le era facil ir a esa casa porque la abuela y el papa creian que ella iba a visitar a su amiga A nadie se le hizo extraño que de un dia para otro la chica dejara de ir a jugar con ella a su casa y que fuera la paciente quien empezara a visitar a su amiga

Su primera experiencia sexual fue con ese chico a los doce años y en contra de su voluntad En esa ocasion tenia mucho miedo de lo que estaba pasando por lo que ella le decia que no lo hicieran pero el insistia y la obligo a hacer varias cosas que ella no queria Al regresar a su casa se encerro en su cuarto a llorar la abuela le pregunto que le pasaba y ella le contesto que eia colico y que no se habia tomado la pastilla para que se le quitara el dolor

Siente que en parte ella tuvo culpa de lo que paso porque fue a la casa de el pero despues de eso ella quiso seguir teniendo relaciones sexuales con el varias veces al mes La menstruacion se le retraso dos meses ella se lo dijo y el la mando a ir a su casa ya en su casa le pregunto si tenia sed al decirle ella que si el le dio a tomar cree ella que fue una malta caliente Le llamo la atencion que a cada rato miraba el reloj A la media hora de haberse tomado lo que el le dio empezo con fuerte dolores de estomago se fue a su casa y mientras caminaba tenia muchas ganas de orinar al ir al baño se dio cuenta de que la menstruacion le habia llegado y se habia manchada hasta el pantalon

Despues de ese incidente ella empezo a llorar todas las noches antes de dormir pensaba que si no lloraba no podia dormir se tomaba las pastillas de dormir de la abuela en la escuela para poder conciliar el sueño temprano pero aun asi se dormia tarde

Empezo a soñar con dos niñas desnudas que tenian el cabello ondulado esas niñas juegan sentada entre la sangre con una especie de carne Ese sueño se repetia semanalmente dos o tres veces Unos meses despues de que aparecieran esos sueños empezo a pensar que esas dos niñas eran sus bebes y que la bebida que su ex novio le dio en aquella ocasion era un

abortivo y que ella se lo tomo sin pensar en nada ya que como el siempre le ofrecia comida ella vio normal que le ofreciera algo en esta ocasion

Para evitar pensar se propuso pasarla bien con sus compañeros de clases En segundo año se dedico solo a ir al colegio a molestar Ese año se quedo en todas las materias estaba de fiesta en fiesta Llegaba temprano a casa para asegurarse que le siguieran dando permiso pero en el fondo sentia ganas de llorar y cada vez que veia a un bebe ese sentimiento estaba a flor de piel en varias ocasiones la llevaron al medico porque se ponía palida y sudaba pero ella decia que no habia comido

Nunca hablo con nadie de lo que le pasaba y menos de que habian abusado sexualmente de ella

Examen de estado mental

La paciente se presenta puntualmente a la sesion se muestra dispuesta a cooperar desde el inicio de la entrevista su presentacion personal es buena esta limpia y bien peinada El lenguaje es fluido contesta las preguntas en forma coherente buena coordinacion motriz mantiene el contacto visual con la terapeuta bien orientada en tiempo y espacio no tiene problemas de lateralidad

Diagnostico Multiaxial

Eje I F43.10 Trastorno de estrés postraumático

Eje II sin diagnostico

Eje III Sin diagnostico

Eje IV familia disfuncional problema de escolaridad

Eje V 71

Paciente 8

Sexo femenino

Nacionalidad panameña

Edad 15 años

Estudios realizados decimo grado

Referido por la directora del Albergue

Motivo de consulta

Miedo de encontrarse con una persona específica autoagresion creencia de que le pueden volver a hacer daño

Antecedentes

Es la mayor de tres hermanos y la unica mujer. Vivía con la abuela porque la mama trabajaba y no tenía tiempo para atenderla. A partir de los 10 años su vida alternaba entre vivir con la abuela y con la tía. A la mama la veía algunos fines de semana o entre semanas unas pocas horas.

Estando en cuarto grado repitió el año debido a un accidente causado por uno de sus hermanos. La abuela no le puso cuidado al incidente y casi pierde el dedo la operaron y estuvo hospitalizada dos meses. Al salir el cuidado debía seguirse en casa. La cambiaron a una escuela mas cerca de donde vivían y volvió a hacer el año perdido.

Llegaba tarde a casa porque tenía que esperar el bus que no pasaba con frecuencia. Hubo días en que la tía no le daba el pasaje completo y ella tenía que ver como lo conseguía. Le empezó a dar pereza ir a la escuela y empezó a evadirse. La tía la devolvió para donde la abuela. Le molestaba que la tía se gastara la beca universal y no le diera suficiente pasaje ni merienda.

Tenia doce años recién había tenido la menarquia fue a visitar a su mamá y a quedarse el fin de semana con ella. Ese día la pasaron bien a pesar de no tenerle confianza a la mamá. Ese domingo la mamá se fue temprano a llevar a los niños donde el papá y la paciente se quedó sola con la pareja de la mamá ambos habían quedado dormido. Se despertó cuando sintió que el padrastro estaba sobre ella y por más que luchó para evitar que el abusara de ella no pudo lograrlo.

El padrastro participaba de un grupo cristiano y mientras perpetraba el abuso le decía que si creía en Dios dijera gloria a Dios. Uno de sus nombres estaba relacionado con la frase indicada por lo que renunció a que la llamaran así. A partir de ese momento siente rabia cuando escucha ese nombre o cuando escucha la frase.

Culminado el acto el padrastro la amenazó con hacerle daño al hermano si le decía algo a alguien y se volvió a acostar y a dormir. Cuando llegó la mamá no vio nada extraño. Aunque ella se quedó callada decidió no regresar más a donde la mamá.

Dos meses después de haber sufrido este abuso la mamá la llamó para decirle que se había separado del padrastro porque había golpeado a sus hermanitos a pesar de ella decirle que no lo hiciera. El continuaba haciéndolo con mucha rabia. La mamá decía que no podía permitir que eso volviera a pasar porque ese hombre con rabia le podía hacer más daño a los niños y a ella misma. Así es que para evitar que se hicieran un daño cualquiera de los dos ella mejor lo llevó a la Corregiduría y lo sacó de la casa.

Cuando la menor veía en la calle al agresor se escondía. El corazón se le aceleraba. Le decían que estaba pálida, se metía a algún establecimiento. Tiene pesadillas en la que lo ve dirigiéndose a ella con intención de hacerle daño.

Se prometió a sí misma que se encargaría de hacerlo pagar por lo que le hizo. Por esa razón entró a una banda en la que aprendió a usar las armas que le daría la oportunidad de hacerlo sufrir por lo que le hizo. Siente rabia de tenerle miedo porque ella sabe que el no tiene sentimientos y es capaz de hacer daño otra vez.

El pensar en la manera en que golpeó a sus hermanitos le reafirma que ese hombre si les haría daño si ella llegara a contarle a alguien lo que el le hizo. Pero la reacción de la mamá que se le enfrentó y lo sacó de la casa le hacen ver que hubiera podido decirle lo que había

pasado pero si la mama se ponía violenta y el hombre reaccionaba de igual forma pudiera darse una desgracia y ella se sentiría culpable

Cuando se le presento la oportunidad de dispararle no pudo hacerlo porque se paralizó y uno de sus acompañantes le quito el arma y la disparo para darle en una de las piernas pero el tiro le fallo y solo fue una herida superficial que lo dejo cojo por unos meses ellos se dieron a la fuga y esa fue la ultima vez que estuvo tan cerca de el

Dice que las veces que pasa en el bus de la Institucion por el lugar en donde el agresor tiene la venta de sus productos ella se esconde se pone palida dice que hasta suda y siente mucho miedo a pesar de saber que el no puede hacerle daño

No puede evitar tener los sentimientos de impotencia al saber que a el no le importo que ella era una niña y el recuerdo de verlo acostado como si no hubiera pasado nada le da mucha rabia

Llego al Albergue temporalmente mientras la enviaban para otra institucion porque la arrestaron en una batida Se quedo en este centro de atencion para recibir terapias porque al ser entrevistada se descubrio que habia sido victima de abuso

Examen de estado mental

La paciente se presenta un poco nerviosa mientras narra la historia de su vida lleva las manos a la cara se calla y queda pensativa Las palabras le salen con un poco de dificultad Su expresion oral es limitada La mirada es esquiva evita tener contacto visual con la terapeuta no presenta problemas de motricidad ni de lateralidad

Diagnostico Multiaxial

Eje I F43.10 Trastorno de estrés posttraumático

Eje II sin diagnostico

Eje III Sin diagnostico

Eje IV familia disfuncional problemas de escolaridad

Eje V 7

Paciente 9

Sexo femenino

Nacionalidad panameña

Edad 14 años

Estudios realizados octavo grado

Referido por la directora del Albergue

Motivo de consulta

Excesos de furia sin provocacion auto agresion sueños recurrentes negativos sentimientos de desapego hacia sus familiares

Antecedentes

La adolescente narra en la entrevista algunos acontecimientos contado por su abuela su tía y otros eventos vividos por ella. Empieza diciendo que es la única hija de papa y mama. Antes de ella nació una niña que murió a las pocas horas y después del nacimiento de la paciente la mama volvió a quedar embarazada pero la niña murió en el vientre materno.

Fue una niña prematura nació a los siete meses con parálisis motriz. La rodearon de mucho cariño. Sus padres tenían grandes dificultades económicas y de convivencia por lo que las riñas entre ellos era frecuentes.

En la casa donde vivían los vecinos la cuidaban cuando empezaban las discusiones que siempre terminaban en maltrato físico del padre contra la madre de la paciente. Alguno de los vecinos entraba a la habitación y sacaba a la bebé llevandosela a donde no se escucharan los gritos de quienes peleaban.

En las constantes discusiones el papa amenazando a la mama le preguntaba a gritos si quería que la matara. La familia le pidió en reiteradas ocasiones que terminara esa relación pero ella continuaba con él. Llegaron a pensar que ella era masoquista.

Tenia la paciente un año y medio cuando el papa mato a la mama dice que la abuela le conto que su papa era drogadicto y muy celoso La madrugada en que el papa mato a la mama la niña estaba durmiendo en el cuarto de al lado con la tia

La paciente se entero de lo sucedido a los 4 años cuando una vecina que discutia con la abuela en el patio de la casa le grito refiriendose a ella algo relacionado con esa niña que no tenia ni mama ni papa Dice la paciente que sintio un dolor muy grande y se puso muy triste Unos dias despues la abuela viendola tan triste le pregunto que le pasaba ella le respondio preguntandole por que no tenia a sus padres queria verlos y saber donde estaban

Sin estar preparada para hacerlo la abuela le conto la historia de sus padres y al enterarse de que su mama estaba muerta lloro mucho pero tambien lloraba por su papa porque por le habia quitado a su mama

Despues de ese incidente ella sintio mucho enojo con su papa y ese enojo lo transfirio a su familia Empezo a pensar que esa no era su familia porque si sus padre no estaban quien le garantizaba que esa familia era la suya Su tia le decia que mama estaba en el cielo y ella queria saber como hacia para llegar alla

Su vida dio un giro inesperado para todos iniciaron casi todas las noches las pesadillas en la que veia a un hombre que se subia al techo de la casa para matarla durante el dia sentia miedo al pensar que su papa podia salir de la carcel e ir a buscarla para matarla tambien a ella No podia dormir porque al dormirse llegaban las pesadillas cualquier ruido la despertaba y dormia con un bate debajo de la cama por si acaso tuviera que defenderse

Su parálisis motriz no le impidio ser buena estudiante con razonamiento segun su edad y habilidades para la informatica

En sus oraciones le pedia a Dios que su papa se muriera en la carcel o que no saliera nunca de alli para que no pudiera venir a buscarla

La paciente dice que se torno agresiva con todo el mundo e incluso llego a golpear a las personas que se le acercaban los familiares le tenian miedo por la violencia que generaba en su actuar y por el odio con que se dirigia principalmente a los familiares Dañaba todo lo que podia

Tenia deseos de destruir y hacer daño casi no comía y estaba cada vez mas delgada En dos ocasiones la internaron en el piso tres del hospital del niño una vez por anorexia y la segunda vez porque reacciono con tanta violencia contra todos que tuvieron que pedir ayuda a la policia para poder controlarla Ellos tuvieron que sedarla para poder trasladarla al hospital del niño Estando en el hospital se negaba a ver a quienes iban a visitarla y a los que recibia los trataba mal

Los familiares temiendo que la paciente continuara con intentos auto líticos e incapaces de controlarla deciden buscar ayuda la internan en una institucion en la que despues de cuatro meses deciden pedirle a los familiares que la retiren ya que la paciente sin motivo agrede a las otras adolescentes y a los custodios la tendencia era morder gritar romper

La internan en el Albergue los primeros meses estuvo colaboradora y se dejaba ayudar al pasar lo meses empezo a agredir a las otras adolescentes y actuaba de manera caprichosa e irresponsable

Examen de estado mental

La apariencia personal es un poco descuidada el cabello peinado en forma descuidada y sus vestidos aunque limpios se veian con manchas Hablaba en tono de voz normal y lento por momentos hacia esfuerzos para no lloiar aunque la voz se le quebraba Al inicio de la entrevista no pronunciaba las palabras con claridad y aunque su razonamiento es logico parecia tener que pensar para responder Sus respuestas no eran espontaneas No tiene problema de lateralidad Presenta problema de coordinacion motriz

Diagnostico Multiaxial

Eje I F43 10 Trastorno de estres postraumatico

Eje II sin diagnostico

Eje III parálisis motriz

Eje IV familia disfuncional

Eje V 76

Paciente 10

Sexo femenino

Nacionalidad panameña

Edad 17 años

Estudios realizados octavo grado

Referido por la directora del Albergue

Motivo de consulta

Se molesta con frecuencia y sin motivo se distrae con facilidad tiene problemas en la forma en que se relaciona con sus compañeras

Antecedentes

La paciente es la mayor de 4 hermanas desde que tenía dos años la mamá se fue de la casa de la abuela para estar en una casita en un barrio de invasión tratando de conseguir un terreno donde pudiera construir una casita y llevarse a sus hijas a vivir con ella

De su papá dice no saber nada y las pocas veces que le pregunta a su mamá algo que tenga que ver con él la mamá se disgusta y le dice entre otras cosas que ese hombre ya murió y que él no es tema de conversación entre ellas que no le dañe el día y que si ella ha vivido hasta ahora sin saber de él no tiene sentido que ahora empiece a preguntar bobadas

Durante toda la primaria fue estudiante distinguida formó parte del conjunto típico del plantel y participó en varios concursos La nombraron entre las 10 mejores estudiantes de su promoción esto le aseguró un cupo en el mejor colegio de la región

Su vida había transcurrido tranquila nunca dio problemas a su abuela los maestros siempre daban buenas referencias de ella y la ponían como modelo a los otros niños Ella se consideraba una niña aplicada y bien portada Formó parte del equipo de fútbol de su escuela en un partido se cayó varias veces al llevarla al médico se descubrió que tenía

desgaste de la rodilla Le recetaron viartril (sulfato de glucosamina) por cinco años Actualmente sigue en tratamiento

En el 2013 ya la casita de la mama estaba en mejores condiciones tenia una habitacion grande y la cocina esa parte de la casa estaba pintada y con mosaicos el resto de la casa tenia piso de tierra y el servicio era una letrina Su mama le pedia que los fines de semana se fuera a vivir con ella para que se acompañaran A ella le gustaba estar con su mama y hacian planes para cuando pudieran vivir todas juntas

Ese mismo año su mama despues de casi ocho años de vivir sola tuvo una pareja a ella le parecio bien porque su mama se habia quedado sin pareja siendo muy joven

El señor era muy respetuoso y correcto con su mama la comunicacion entre ellos era buena y lo mas importante era que su mama se veia contenta Con la ayuda de este señor los arreglos de la casa se empezaron a dar mas rapido se iniciaron los trabajos en la lavanderia y otros los otros dormitorios

La paciente dice haber estado muy ilusionada porque pronto ella y sus hermanitas podian estar viviendo junto a su mama sin tener que estarse separando los fines de semana y que aunque su relacion con el padrastro era distante no tenia nada contra el

A pesar de lo avanzado de la construccion la unica parte de la casa que tenia puerta y ventanas que se podian cerrar era la recamara donde ella los fines de semana dormia con la mama

El padrastro se fue a vivir con la mama y ellas continuaron compartiendo los fines de semana como lo hacia siempre El nunca le faltó al respeto casi ni se hablaban y cuando lo hacia era en forma de corma correcta y educada Nunca le dio motivo para verlo como una persona peligrosa

Sin embargo despues de unos meses y cuando ya tenian un poco mas de confianza con el padrastro el empezo a darle dinero para que se comprara algo en el recreo ella se lo recibia normalmente y no veia malicia en eso

Todo empezo a cambiar una noche en que estaban en la misma cama los tres La mama estaba dormida y el se le acerco de una forma diferente a la acostumbrada ella dice que

sintió que el corazón se le salía del pecho. En otra ocasión cuando dormían él empezó a tocarla ella se despertó y él se retiró rápidamente. Ella se le dijo nada a su mamá y la relación entre ellos se dio por terminada.

Un año después la mamá inició otra relación, pero ella estaba desconfiada por lo que le había pasado con la pareja anterior de la mamá. Esta nueva pareja le ofreció dinero para que lo visitara a su casa cuando estaba sola advirtiéndole que si ella le decía algo a su mamá él lo negaría. Ella no lo aceptó y por miedo a que por su culpa la mamá se volviera a quedar sin pareja no le dijo nada.

En otra ocasión el padrastro volvió a ofrecerle dinero pero la condición era ir a la casa de él. Le advirtió nuevamente que como se lo dijera a la mamá él lo iba a negar. Del ofrecimiento de dinero pasó al acercamiento cada vez que estaban solos. Cuando dormían él se levantaba para ir al baño y la tocaba ella ya no quería ir a la casa de la mamá pero tampoco le decía nada de lo que estaba pasando.

En cierta ocasión en que la mamá estaba trabando y ella estaba dormida él alcanzó a desnudarla y a tirarla en la cama pero según la paciente pudo liberarse y escapar. Asegura que se llenó de rabia dolor y quería hacerle daño a ese hombre pero sabía que su mamá estaba enamorada y ella no quería que después de tantos años en que la mamá estaba viviendo sola ahora que encontraba un hombre con el que podía compartir el resto de su vida por su culpa volviera nuevamente la mamá a quedarse sola.

A partir de ese momento cada vez que se acostaba sentía la presencia de ese hombre sobre ella y cuando se dormía se levantaba llamando a la mamá y gritando que la soltaran.

Llega al Albergue porque a raíz de lo vivido con el padrastro empieza a descuidar sus estudios repitió dos veces primer años se puso malcriada con la mamá y de noche se escapaba para irse con un grupo de muchachos que tomaban fumaban y algunos se drogaban. Una noche en que estaban reunidos llegó de sorpresa la policía de menores y la pusieron a orden de la SENNIAF.

Examen de estado mental

Se presenta vestida modestamente aseada y puntual Voz entre cortada fluidez de palabra oraciones bien elaboradas Llanto silencioso mirada esquiva buena coordinacion motriz Buena memoria y buen razonamiento logico

Diagnostico Multiaxial

Eje I F43.10 Trastorno de estres postraumatico

Eje II sin diagnostico

Eje III desgaste de rodilla

Eje IV familia disfuncional

Eje V 75

ANEXO N° 7

SESIONES PROGRAMA DE INTERVENCION PARA EL TRASTORNO DE ESTRES POSTRAUMATICO (TEPT)

Sesion N°1 (grupal)

Presentacion del grupo y objetivos

- Objetivos del proyecto
- Metodologia
- Normas basicas a seguir en el grupo durante el desarrollo de las sesiones
 - Confidencialidad
 - Respeto
 - Participacion activa
 - Cumplimiento en las actividades fuera de sesion
- Dinamica rompe hielos
- Conceptos basicos del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) Se le entrega a cada participante una hoja con los aspectos generales del TEPT

Sesiones N°2 y N°3 (individual)

- Historia de vida
- Aplicacion de la entrevista estructurada para el TEPT (Anexo N° 1)

Sesion N°4 (grupal)

- Aplicacion de evaluacion pre test
 - Escala de gravedad de sintomas del TEPT (Anexo N° 2)
 - Inventario de cogniciones postraumaticas (Anexo N° 3)

Sesion N°5 (grupal)

Introduccion a las tecnicas psicoterapeuticas de relajacion para el manejo de los sintomas asociados al estres

- Respiracion profunda
- Relajacion muscular progresiva
- Visualizacion de una escena apacible (Lugar seguro)
- Musica de relajacion

Con las tecnicas de respiracion y relajacion muscular se busca que la persona aprenda metodos que la ayuden a respirar bien y a identificar y controlar la tension muscular producto de situaciones estresantes

Cuando una persona se encuentra en situaciones de estres la respiracion se agita y se hace menos profunda mediante una respiracion profunda se enseña al individuo a lograr un ritmo de respiracion que le facilite la relajacion

Al respirar mas profundamente disminuye la tasa respiratoria y cardiaca con lo que el cuerpo puede entrar en un estado de relajacion benefico para la persona

Por otro lado la tecnica de la relajacion muscular se basa en practicar la tension y relajacion de distintos musculos del cuerpo siguiendo un orden determinado

El objetivo de la tecnica es enseñar al cuerpo a diferenciar bien los estados de tension y relajacion diferenciando musculos y aprender a relajar cada uno de los musculos o grupos musculares trabajados Esto al final se traduce en una relajacion de todo el cuerpo

Nezu Nezu & Lombardo (2006) cita a (Pantalon Mota 1998) para señalar la importancia de aprender a identificar y controlar la tension muscular lo que facilita la reduccion de los sintomas de ansiedad Indica que con el entrenamiento en respiracion y relajacion se logra disminuir la frecuencia e intensidad de pensamientos intrusivos y de evitacion en los pacientes con TEPT

Beneficios de las técnicas de respiración y relajación

- Vasodilatación
- Mejora la circulación
- Disminuye la presión cardíaca
- Mejora la función ventilatoria gracias a la distensión muscular extrínseca (diafragma y músculos intercostales) y la relajación de los músculos intrínsecos del árbol bronquial
- Disminuye espasmos gástricos
- Mejora la digestión
- Disminuye cólicos y disurias
- Evita el gasto de energía innecesario

En cuanto a los ejercicios de relajación con visualización las imágenes están controladas por la propia persona. Generalmente los seres humanos utilizan la capacidad de imaginar de forma negativa. Con la práctica de la visualización Lugar Seguro se lleva a la persona a modificar la tendencia a visualizar lo negativo. Se le enseña que un nuevo tipo de experiencia es posible a través de una imaginación que se produce de manera consciente y le ayuda a reducir los síntomas de estrés asociados con el evento traumático vivido.

Los ejercicios de visualización pueden ir acompañados o no de música que ayude a las personas a entrar en el estado de relajación deseado.

Tarea

Se entrega a cada participante información que debe leer en casa de los conceptos aprendidos.

Sesiones N° 6 y N° 7 (grupales)

Repaso aclarar dudas en relación al TEPT

Practica grupal de las tecnicas presentadas en la sesion anterior respiracion y relajacion muscular progresiva y visualizacion Lugar seguro

Se entrega a cada participante documentacion del resumen de los ejercicios realizados en la sesion

Se sugiere que los ejercicios se deben practicar diariamente durante un periodo de 15 minutos minimo maximo 30 minutos y anotar en el formulario el dia y hora y como se sintieron al finalizar el ejercicio

Tarea

Se entrega a cada participante auto registro de los ejercicios de relajacion a realizar en casa hasta la siguiente sesion

Sesiones N° 8 y N° 9 (grupales)

Revision de tareas formulario de auto registro de ejercicios de respiracion relajacion muscular y lugar seguro

Se refuerza la importancia de lograr una respiracion adecuada asi como lograr identificar el musculo o grupo de musculos que se tensan frente a determinadas situaciones

Introduccion a los conceptos de la Terapia Cognitivo Conductual

ABC de la TCC

Concepto de pensamiento

Concepto emocio

Concepto conducta

Relacion Pensamiento Emocio Conducta

Se explica a las participantes el esquema ABC en el cual reconoceran como la forma de pensar acerca de un acontecimiento vivido influye en lo que hacen y como lo hacen

Citando a Bunge Gomar & Mandil (2014) se concluye que muchas de las cosas que le pasan en el dia a dia a las personas depende de la forma como piensan ante cada situacion

tanto lo que sienten o la forma como actúan en momentos difíciles sucede en gran parte por lo que las personas se dicen o imaginan de sí mismas

Estas ideas y películas interiores hacen que las personas reaccionen y actúen de acuerdo a la interpretación que le den al evento

- Algunas interpretaciones las hacen sentir bien y enfrentar las situaciones
- Otras interpretaciones las hacen sentir mal y las llevan a querer escapar rendirse o enfurecerse

Cuando las personas se enojan asustan o desalientan muy seguido suele ser porque interpretan muchas situaciones del mismo modo Bunge Gomar & Mandil (2014) señala que esa manera repetitiva estable y difícil de cambiar lo aprenden los individuos desde edades muy tempranas

FIGURA N° 3

RELACION PENSAMIENTO, SENTIMIENTO ACCION



- Pensamiento comportamiento cognitivo en el que se experimentan o manipulan ideas imágenes representaciones mentales u otros elementos hipotéticos del pensamiento En este sentido el pensamiento consta de imaginación recuerdos resolución de problemas sueños diurnos asociaciones libres formación de conceptos y muchos otros procesos (APA American Psychological Association 2010)

De manera mas sencilla se podria decir que los pensamientos son los que determinan como nos sentimos y como actuamos Los pensamientos pueden ser frases cortitas como

Soy una torpe

Lo hacen para molestarme

Nadie me acompaña

o pueden ser imagenes como

Imaginarse el boletín lleno de fracasos

Imaginarse sola en casa con la persona que le hizo daño

Imaginar a sus cuidadores gritando

- Emociones lo que las personas sienten Existe una larga lista de emociones sin embargo Pico (2016) hace referencia a la rueda de las emociones creadas por Plutchik en la que describe que son ocho las emociones básicas y que el resto de las emociones conocidas son producto de la combinacion entre ellas

Temor

Sorpresa

Tristeza

Disgusto

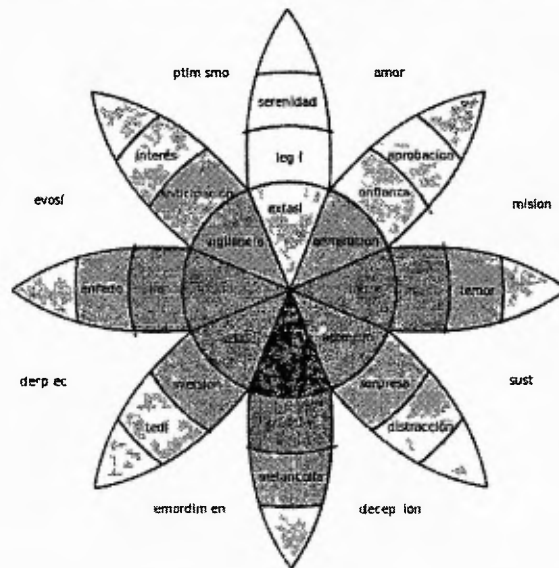
Ira

Esperanza

Alegria

Aceptacion

FIGURA N° 4
RUEDA DE LAS EMOCIONES DE ROBERT PLUTCHIK

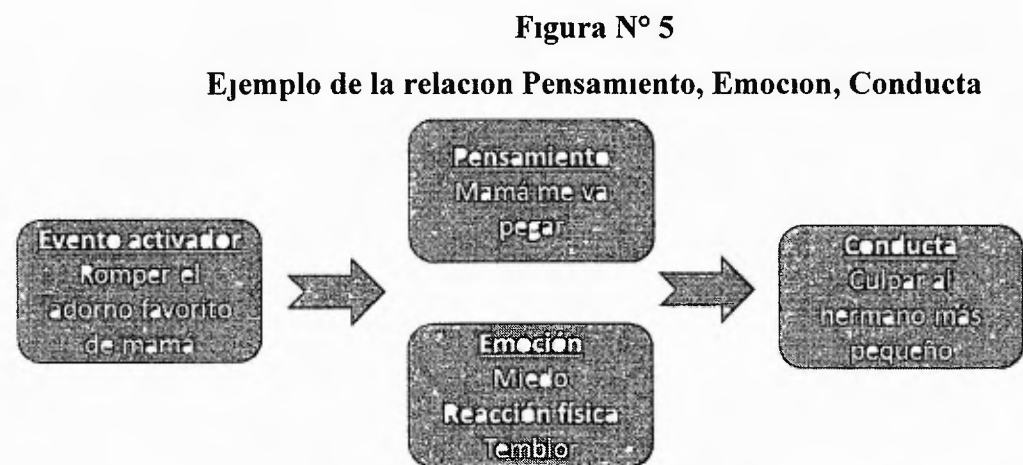


- Sentimientos es un estado del animo que se produce por causas que lo impresionan y estas pueden ser alegres y felices o dolorosas y tristes El sentimiento surge como resultado de una emocion que permite que el sujeto sea consciente de su estado animico
- Conducta se refiere a las cosas que hacen o dejan de hacer las personas es la forma como suelen reaccionar frente a un problema Ejemplo de conductas
 - Quedarse tirado en la cama a pesar de tener que ir a la escuela
 - Gritar irrespetar a los cuidadores
 - Huir de las situaciones problematicas
 - No ir a fiestas no socializar
 - Llorar
 - Comer
 - Tomar alcohol
 - Usar drogas

Concluye Bunge Gomar & Mandil (2014) que si se modifica la forma en que las personas piensan todas las otras cosas que se presentan alrededor de un problema tambien pueden cambiar

Durante el desarrollo de la sesion se realizan diferentes ejercicios en los que se identifican como los pensamientos influye la forma de sentir y actuar

Se realiza el juego de los pensamientos sentimientos y acciones



Se entrega a cada participante documentacion del resumen de los temas tratados en la sesion asi como formulario de auto registro ABC

Tarea

- Llenar auto registro ABC hasta la siguiente sesion
- Continuar practica de los ejercicios de relajacion y llenar auto registro
- Repasar los conceptos aprendidos durante el desarrollo de la sesion

Sesiones N° 10 y N° 11

Revision de tareas las tareas asignadas control de ejercicios de relajacion registro de situaciones ABC

Se revisa con las participantes el registro ABC el tipo de situaciones se dieron el tipo de pensamientos que afloraron las emociones y conductas registradas en el formulario

Se evalúan los pensamientos registrados y la frecuencia de aparición de los mismos

Con esta información se introduce el concepto de pensamientos automáticos y la técnica utilizada para detención de los mismos

- **Pensamientos automáticos**

En Amodeo Escribano del Nido Varo & Quintana Saiz (2013) se presentan las características de los pensamientos automáticos

- Son mensajes específicos discretos
- Compuesto por muy pocas y esenciales palabras o una imagen visual breve
- No importa lo irracional que sean casi siempre son creídos Se adscribe el mismo valor de verdad a los pensamientos automáticos que a las percepciones sensoriales del mundo externo
- Son relativamente idiosincráticos Cada respuesta se basa en una única forma de ver la situación estímulo
- Son difíciles de desviar Parecen ir y venir con voluntad propia
- Son aprendidos Las personas han sido condicionadas por la familia los amigos y el medio
- Tienden a dramatizar predicen catastrofes ven peligros en todas partes y siempre suponen lo peor

Se realizan prácticas en el grupo para identificar los pensamientos automáticos y relacionarlos con las emociones y conductas que generan cuando hacen su aparición

- **Técnica de detención de pensamientos automáticos**

Consiste en detectar lo antes posible los pensamientos traumáticos detenerlos y eliminarlos de la mente substituyéndolos por otro pensamiento que atrae la atención de la persona y evitar de esta manera que genere malestar

En el proceso de aprendizaje se instruye a la persona a que relate en voz alta un pensamiento que le cause ansiedad. Tan pronto la persona comienza el relato el terapeuta da un golpe sobre la mesa gritando '¡ALTO!' de modo que el paciente aprenda por sí mismo a detener pensamientos generadores de ansiedad.

En Amodeo Escribano (2013) se describen las estrategias más utilizadas para la detención del pensamiento

- **Centrarse en un objeto**

Se trata de describir al detalle cualquier objeto atendiendo a la forma al color tamaño textura etc. Conviene elegir un objeto con cierta complejidad.

- **Ejercicios mentales**

Seleccionar cualquier actividad mental con cierta dificultad que requiera atención para que se distraiga de su propio cuerpo nombrar palabras que empiecen por una determinada letra, contar de tres en tres hacia atrás etc.

- **Actividades absorbentes**

Se trata de actividades que estén en el repertorio habitual de la persona y a elegir por la propia persona hacer crucigramas leer un libro hacer un puzzle etc. Se recomiendan actividades que pueda hacer sin necesitar de compartir con otra persona.

- **Recuerdos imágenes y fantasías agradables (visualización)**

Creación mental de una imagen que la persona tenga asociada con *relax* bienestar de la forma más vivida posible y para ello debe explorar las cualidades de la situación imaginada colores, sonidos olores formas y texturas.

Tarea

- Llenar auto registro ABC hasta la siguiente sesion para detectar la presencia de pensamientos automaticos
- Practicar las estrategias aprendidas para detencion de pensamientos automaticos hasta la siguiente sesion
- Continuar la practica de los ejercicios de relajacion y llenar auto registro
- Repasar los conceptos aprendidos durante el desarrollo de la sesion

Sesiones N° 12 y N° 13

Revision de tareas Auto registro ABC de pensamientos automaticos

Analizar con las participantes los pensamientos automaticos que se presentaron y las estrategias utilizadas para detenerlos

Compartir emociones y pensamientos que surgieron durante la realizacion de la tarea lista de opiniones

Introduccion a las creencias nucleares y distorsiones cognitivas

Obst Camerini (2013) cita lo que de acuerdo a Beck son las creencias nucleares que constituyen el nucleo de lo que nosotros somos nuestros valores nuestras creencias mas firmes e incommovibles Son interpretaciones tan fundamentales y profundas que las personas frecuentemente no las expresan ni aun a si mismas no tienen clara conciencia de ellas

Es por estas características que las creencias nucleares dan estabilidad y les permiten a las personas saber quienes son Estas creencias nucleares se desarrollan desde la infancia y consisten en definiciones evaluaciones o interpretaciones de si mismos de las otras personas y de su mundo

Si las creencias nucleares son puestas en duda se genera una sensacion profunda de inestabilidad y angustia porque todo lo conocido pasa a ser cuestionado es como si se movieran los cimientos de un edificio toda la estructura se mueve

Ahora muchas veces cuando las personas piensan en las cosas que les suceden cometen errores que hacen que sus creencias mas profundas se mantengan y no las puedan cambiar. La imposibilidad que se presenta para cambiar esas creencias es lo que se conoce como distorsiones cognitivas o errores de pensamiento.

Bunge Gomar & Mandil (2014) hace referencia a las distorsiones cognitivas o formas no validas de razonamiento mas frecuentes mencionadas en la literatura

- Filtro mental sacar de contexto lo que le sucede a la persona
- Error del adivino (conclusiones apresuradas) predecir el futuro sin tener pruebas de que vaya a ser así
- Pensamiento catastrofico se exageran las consecuencia de un peligro
- Lectura de mente pensar que alguien piensa mal de ti y no se verifica si es verdad o no lo que se piensa
- Pensamiento magico pensar que por el solo hecho de pensar algo ese evento puede suceder
- Pensamiento blanco y negro ver las cosas solo de dos formas perfectas o terribles o muy buenas o muy malas
- Descalificacion de lo positivo se descalifican cosas positivas insistiendo en que no cuentan por una razon u otra y la persona sigue aferrada a una creencia negativa aun cuando hay cosas positivas que la desconfirman
- Etiquetacion colocar etiquetas negativas a si mismo o a otra persona en lugar de contar el evento sucedido Si algo sale mal la persona se puede etiquetar como soy un perdedor Cuando alguien hace algo que molesta a la persona le coloca una etiqueta negativa es un tarado
- Pensamientos tiranos (deberia) la persona se tortura a si misma y a los demas con lo que deberia o tendria que hacerse
- Pensamientos perfeccionistas la persona se pone metas muy elevadas como unica opcion valida
- Magnificacion y minimizacion la persona magnifica la importancia de ciertas cosas como pueden ser sus errores o los logros de otra persona y minimiza sus logros o errores de los otros

- Generalización excesiva La persona utiliza el ejemplo de algo para sacar conclusiones acerca de un montón de otras cosas
- Pensamiento emocional Cuando la persona escucha hablar a su corazón y deja que los sentimientos decidan cuál es la realidad de una situación
- Personalización cuando algo malo sucede y la persona piensa que es su culpa aunque no haya tenido nada que ver en el asunto

Se les solicita a las participantes ejemplos de cada una de las distorsiones negativas y realicen un rol playing de las más comunes en las situaciones traumáticas vividas encontrando evidencias a favor o en contra de la distorsión cognitiva

Tarea

Continuar práctica de ejercicios de relajación y llenar auto registro

Llenar registro de distorsiones cognitivas presentadas analizarlas y plantear las evidencias que apoyan o rechazan

Sesiones N° 14 y N° 15

Revisión de tareas formulario/control de ejercicios de relajación Registro y análisis de las distorsiones cognitivas presentadas

Introducción a la técnica de solución de problemas

El objetivo de esta técnica citando a Bados & García Grau (2014) es ayudar a las personas a identificar y resolver los problemas actuales de su vida que son antecedentes de respuestas desadaptativas y al mismo tiempo enseñarles habilidades generales que les permitan manejar más eficaz e independientemente futuros problemas

Se exponen a las participantes los pasos a seguir en la técnica de solución de problemas

- Identificar la situación problemática

- Describir con detalle el problema y la respuesta habitual a dicho problema
Describir la situación y la respuesta en términos de quien que donde cuando como y por que para tener mas claridad en la visión del problema
Describir la respuesta y los objetivos que se pretenden alcanzar
- Hacer una lista con las alternativas
Utiliza la estrategia denominada "Lluvia de ideas" para conseguir los objetivos descritos en el paso anterior
- Toma de decisiones Este paso consiste en seleccionar las estrategias mas prometedoras y evaluar las consecuencias que conlleva ponerlas en practica
- Poner en practica y evaluar resultados Una vez se haya intentado la respuesta nueva se deberan observar las consecuencias

En estas sesiones se distribuye la practica de las etapas de solución de problemas

- Los dos primeros pasos de la tecnica identificar y describir lo mas claramente posible el problema en la sesion N° 14
- Las tres etapas siguientes en la sesion N° 15

Se explica a las participantes la importancia de comprender y aplicar la tecnica Es la posibilidad para aprender a afrontar las dificultades del día a día El poder manejar esta tecnica permite reducir el estrés y sentimientos de indefensión frente a los problemas

Tarea

Continuar practica de ejercicios de relajación y llenar auto registro

Llenar auto registro de solución de problemas

Sesion N°16, N° 17 y N° 18

Revisión de tareas formulario/control de ejercicios de relajación Auto registro de solución de problemas Se comentan las dificultades que hayan podido presentarse para la ejecución de la tarea

Se refuerzan los conceptos de la Técnica de Resolución de problemas

Se introducen los conceptos de la Técnica de Exposición. Por ser esta técnica la que llevará a las adolescentes a enfrentar las situaciones traumáticas vividas, se emplearán tres sesiones para la práctica de la misma.

Las técnicas de exposición tienen el objetivo de afrontar de forma sistemática y deliberada situaciones o eventos traumáticos que generan preocupación, estrés e impactan de forma negativa el diario vivir de las personas.

La persona debe mantenerse en la situación o bien afrontar el estímulo interno hasta que la emoción o el impulso se reduzcan significativamente y/o hasta que compruebe que las consecuencias anticipadas no ocurren.

Existen varios tipos de exposición:

- La exposición in vivo implica exponerse a situaciones temidas reales en la vida diaria.
- Exposición en imaginación. Implica imaginar que se están afrontando las situaciones problemáticas que generan ansiedad. Esto supone recordar el entorno físico, las respuestas somáticas, las emociones, los pensamientos y las consecuencias temidas. La exposición en imaginación puede consistir, por ejemplo, en recordar con detalle una experiencia traumática, revivir una pesadilla o reproducir preocupaciones o pensamientos obsesivos.
- Exposición mediante ayudas audiovisuales. Se suele utilizar de forma complementaria a otros tipos de exposición, pudiendo usar diapositivas, sonido, videos o presentaciones por ordenador.
- Exposición utilizando la escritura o los juegos. Se trata de escribir sobre los sucesos o situaciones que generan ansiedad, como obsesiones o traumas (p.ej. violación) y leerlo para sí mismo o para el terapeuta.

- Exposición simulada (role playing) consiste en la exposición a situaciones sociales problemáticas que son simuladas o reproducidas en una sesión terapéutica

Se le explica a las participantes los diferentes esquemas de la técnica de exposición y que a causa del tipo de situaciones traumáticas vividas no se empleará la técnica de exposición en vivo en su lugar se utilizará algunas de las otras variantes la exposición en imaginación utilizando la escritura, el juego de roles

Se les pide realizar una lista de las situaciones (no más de cinco situaciones) que aun le causan preocupación y que les impiden ser las personas que ellas desean ser Se les pide enumeren las situaciones de menor a mayor grado de preocupación

Se utilizará la exposición por medio de la escritura para revivir el evento con menor grado de preocupación

Recursos

- Carta apoyo del pasado (Beyebach & Herrero de Vega 2012)
- Cartas curativas (Beyebach & Herrero de Vega 2012)
- La silla vacía
- Imaginación guiada

Algunas de las cartas se escribirán en casa otras durante las sesiones

Las participantes deberán leer las cartas en voz alta

Se han de identificar pensamientos sentimientos emociones

Finaliza la sesión con ejercicios de relajación para reducir la ansiedad producto del recuerdo y el compartir de situaciones traumáticas

Tarea

Continuar con la práctica de los ejercicios de relajación

Escribir y leer las cartas escritas e identificar emociones pensamientos sentimientos

Utilizar el formulario ABC para el manejo de los pensamientos sentimientos emociones

Sesion N° 19

Repasar con las participantes lo aprendido en las sesiones con la tecnica de exposicion

Recurso Corazones de curacion Identificar si aun permanecen areas asociadas al dolor por el evento traumatico

Ejercicio de relajacion

Introduccion a la tecnica de juego de roles consiste en representar (dramatizar) una situacion tipica (caso concreto) con el objeto de que se torne real visible vivido de modo que se comprenda mejor la actuacion de quien o quienes deben intervenir en ella en la vida real

El objetivo de esta ultima tecnica es poder aplicar las estrategias aprendidas a lo largo de todo el proceso 1 Tecnicas de relajacion 2 Reconstruccion cognitiva 3 Exposicion

Sesion N° 20

Recurso Role playing de situacion traumatica

Analisis de los diferentes aspectos representados en el role playing

Sesion N° 21

Aplicacion del post test

Sesiones N° 22 y N° 23

Estas sesiones fueron programadas para seguimiento de las adolescentes una vez finalizado el programa de intervencion

Presentacion y evaluacion de los resultados comparativos del pre y post test

Presentacion de recomendaciones generales

- Practica de las tecnicas de relajacion ante eventos o situaciones que generen gran preocupacion
- Realizar ejercicio físico
- Mantener una buena alimentacion
- Utilizacion adecuada del tiempo libre Se sugieren libros y peliculas
- Mantener buen contacto con el Ser Superior (Dios)

APENDICES

¿Ha pasado usted por una experiencia traumática y de mucho peligro?

Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)
UNA ENFERMEDAD REAL



1 ¿Has pasado por una experiencia traumática y de mucho peligro?

Por favor marca a continuación los problemas que tenga

- ✓ Siento que la horrible experiencia que tuve esta ocurriendo otra vez
- ✓ Esta sensación me viene a menudo sin que me de cuenta
- ✓ Tengo pesadillas y recuerdos horribles de lo que sucedió
- ✓ Me mantengo lejos de los lugares que me recuerdan lo que pasó
- ✓ Me sobresalto y me siento muy mal cuando algo me sucede sin previo aviso
- ✓ Me cuesta mucho trabajo confiar en la gente o acercarme a otras personas
- ✓ Me enoja con facilidad
- ✓ Me siento culpable porque otras personas murieron y yo sobreviví

- ✓ Me cuesta trabajo dormir y mis músculos se sienten tensos

Si usted marcó más de uno de estos síntomas puede ser que padezca de Trastorno de Estrés Postraumático o TEPT

El PTSD es una enfermedad real que necesita tratamiento. Usted no causó esta condición y no tiene que sufrirla tampoco.



2 ¿Qué es el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)?

El TEPT es una enfermedad real. Las personas que viven una experiencia terrible y aterradorante pueden tener PTSD. Se puede tratar con medicamentos y terapia. Usted puede sufrir de TEPT después de

- ✓ Ser víctima de una violación o abuso sexual
- ✓ Ser golpeado o herido por un miembro de su familia
- ✓ Ser víctima de un crimen de violencia
- ✓ Estar en un accidente aéreo o automovilístico
- ✓ Un huracán, tornado o incendio
- ✓ Estar en una guerra
- ✓ Estar en una situación en la que pensó que lo iban a matar
- ✓ O después de haber presenciado cualquiera de los eventos anteriores

Si usted tiene PTSD

- ✚ A menudo tiene pesadillas o pensamientos aterradorantes sobre la terrible experiencia que tuvo
- ✚ Trata de mantenerse alejado de cualquier cosa que le recuerda ese momento tan horrible
- ✚ Puede ser que se sienta enojado y que no le importe nadie o no pueda confiar en otras personas
- ✚ Siempre está a la defensiva pendiente a cualquier peligro
- ✚ Se siente muy mal cuando pasa algo que lo toma de sorpresa

- Otras reacciones que acompañan al TEPT son dolores musculares

diarrea palpitaciones dolores de cabeza sentimientos de panico y miedo depresion consumo excesivo alcohol uso de drogas (incluyendo analgesicos)

3 ¿Cuando comienza el TEPT y cuanto dura la enfermedad?

En la mayoría de las personas el TEPT comienza dentro de los primeros tres meses despues de la experiencia traumatizante

En otras personas las señales de TEPT tardan años en manifestarse El TEPT le puede ocurrir a personas de todas las edades Hasta los niños lo pueden tener Algunas personas mejoran en seis meses mientras que otras pueden tardar mucho mas en mejorarse

4 ¿TODO EL MUNDO TIENE TEPT DESPUES DE UNA EXPERIENCIA TRAUMATICA?

No Pero casi todo el mundo tendra los sintomas de estres postraumatico durante el primer mes aproximadamente Esto es porque los sintomas pueden ayudarle a continuar y a entender la experiencia por la que ha pasado Esto es una reaccion aguda al estres Tras pocas semanas la mayoría de la gente poco a poco asume lo

que le ha pasado y los sintomas de estres empiezan a desaparecer

5 ¿COMO SE CUANDO HE SUPERADO UNA EXPERIENCIA TRAUMATICA?

Cuando usted

- puede pensar en ello sin angustiarse
- no se siente constantemente amenazado
- no piensa en ello en momentos inadecuados



6 ¿COMO SE PUEDE REMEDIAR EL TEPT?

Es aconsejable

- ✓ Comer y hacer ejercicio regularmente

Intente algunas maneras distintas para relajarse como ser

- Ejercicios de relajacion muscular
- Ejercicios de respiracion
- Meditacion
- Natacion estiramientos
- Oracion

- Escuchar musica suave
- Pasar tiempo en la naturaleza

- ✓ Hablar de lo ocurrido con alguien de confianza

Es importante que se mantenga acompañada por personas con las que se sienta apoyada y en confianza amigos familiares incluso mascotas Lo ideal es que esto le permita expresarse y compartir sus experiencias ideas y sentimientos Tambien resulta de ayuda escribir lo que tiene en mente Asi el proceso de asimilar o tramitar el evento sera mas facil

- ✓ Tener esperanza en que va a mejorar tratar de hacer ejercicios de relajacion



Apendice B

LOS EJERCICIOS DE RELAJACION

La practica de la relajacion es beneficosa para todo tipo de personas sin importar su ocupacion genero o edad Ayuda a los estudiantes a concentrarse mas y a los deportistas a aumentar su rendimiento Asimismo son una manera natural sencilla y economica de aliviar los diferentes sintomas del estres

EJERCICIOS DE RELAJACION MUSCULAR

La relajacion muscular junto a una correcta respiracion son dos de los mecanismos mas potentes que tenemos a nuestro alcance para alcanzar un estado de relax y bienestar Existen numerosas tecnicas de relajacion muscular como por ejemplo puede ser la relajacion muscular progresiva de Jacobson

Casi todas estas tecnicas de relajacion muscular requieren de tiempo para realizarlas correctamente ademas de un espacio tambien se necesita disponer tiempo ya que una sesion de relajacion suele durar entre 20 minutos y media hora Los ejercicios de relajacion muscular son importantes porque mejoran la irrigacion sanguinea de la musculacion

EJERCICIOS DE RESPIRACION PARA RELAJARSE

La respiracion y la relajacion estan intimamente relacionadas de hecho muchos estudios han estudiado los beneficios que este tipo de ejercicios tienen para tu cuerpo

Los ejercicios de respiracion para relajarse requieren crear una rutina para que sean lo mas efectivos posible Ademas puedes seguir una serie de consejos para aprender a relajarse y hacer que notes los resultados lo antes posible

Las principales caracteristicas comunes que comparten la mayoria ejercicios de relajacion mediante la respiracion son las siguientes

- Se trata de respiracion diafragmatica principalmente
- Tanto la inspiracion como la exhalacion del aire tienen un orden concreto
- Entre la inspiracion y la exhalacion suele darse una pausa de duracion variable
- La respiracion debe ser fluida constante y no forzada

El control de la respiracion abdominal es el ejercicio mas basico para practicar la mayoria de los ejercicios de respiracion correctamente

EJERCICIO DE VISUALIZACION

Aunque se trata de una tecnica de relajacion completa realizar un ejercicio de visualizacion para relajar la mente es muy sencillo Con los ojos cerrados se debe imaginar en un lugar donde se ha estado o se quiere ir y que se asocia con la relajacion

APENDICE C

EJERCICIOS DE RELAJACION

La respiracion profunda

La respiracion profunda tiene la misma utilidad que la respiracion controlada tambien contrarresta la hiperventilacion y es especialmente util en situaciones de maxima tension

La respiracion profunda es mas lenta y profunda que la normal y permite asi una mayor eficacia antes y/o despues de situaciones de especial tension

Caracteristicas de la respiracion profunda

- Diafragmatica o abdominal en vez de toracica
- Lenta 3 veces por minuto
- Regular
- Profunda

Procedimiento de la respiracion profunda

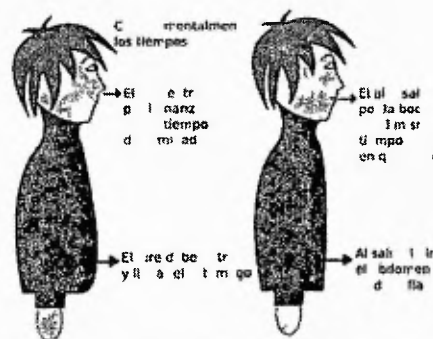
- Inspirar por la nariz durante 5 segundos
- Retener el aire durante 5 segundos
- Expulsar el aire muy lentamente por la nariz o por la boca durante 10 segundos

Siguiendo este procedimiento deberiamos respirar unas 3 veces por minuto

$5 + 5 + 10 = 20 \text{ seg} \times 3 \text{ veces} = 60 \text{ seg}$

Recomendaciones para su aplicacion

Utilizarla en casos de especial tension antes o despues (no durante) de la situacion conflictiva



Si practicas a diario una respiracion profunda, cuando tengas ansiedad te sera muy facil utilizarla para relajarte

Relajacion muscular progresiva

Una de las técnicas de relajación más simples y fáciles de aprender es la relajación muscular progresiva un procedimiento ampliamente utilizado hoy en día que fue originalmente desarrollado por Jacobson en 1939 Es un tipo de relajación que presenta una orientación fisiológica

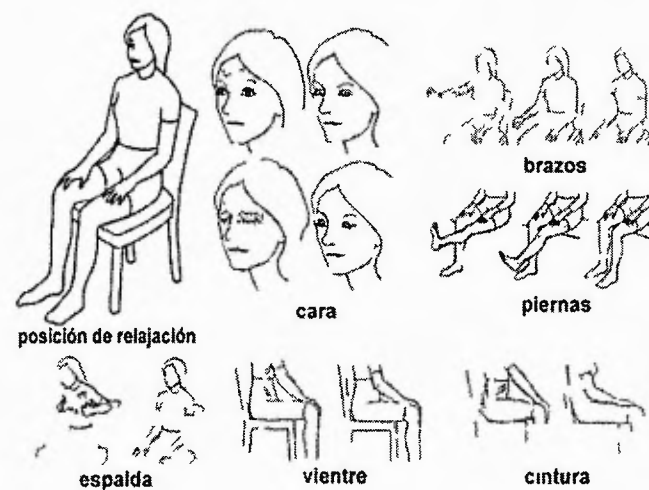
El procedimiento enseña a relajar los músculos a través de un proceso de dos pasos Primero se aplica deliberadamente la tensión a ciertos grupos de músculos y despues se libera la tensión inducida y se dirige la atención a notar cómo los músculos se relajan

Normas básicas

- En la relajación es esencial la concentración
- Se eliminará en lo posible toda contracción o sensación de estar agarrotado/a
- El lugar donde se lleve a cabo ha de ser tranquilo
- Se evitarán los ambientes muy calurosos o muy fríos
- La luz debe ser tenue
- La ropa ha de ser adecuada a las condiciones ambientales

El ambiente de la habitación ha de ser adecuado con poca luz y si es posible se pueden aprovechar los efectos relajantes que tienen ciertos olores como por ejemplo el aroma de lavanda lo cual se puede conseguir con un ambientador adecuado La aplicación de la técnica de relajacion requiere una formacion especifica por parte de la persona que la dirige

Postura de relajación



Siéntese tal y como aparece en la figura **postura de relajación**. Cuando se encuentre cómodo/a tense un grupo de músculos trate de identificar donde siente mayor tensión. Siga la secuencia siguiente:

1º Tense los músculos lo más que pueda

2º Note la sensación de tensión

3º Relaje esos músculos

4º Sienta la agradable sensación que se percibe al relajar esos músculos

Por último cuando tense una zona debe mantener el resto del cuerpo relajado

Empecemos por la **FRENTE**. Arrugue la frente todo lo que pueda. Note durante unos cinco segundos la tensión que se produce en la misma. Comience a relajarla despacio notando como los músculos se van relajando y empiece a sentir la agradable sensación de falta de tensión en esos músculos. Relájelos por completo y recreese en la sensación de relajación total durante unos diez segundos como mínimo.

Seguidamente cierre los **OJOS** apretándolos fuertemente. Debe sentir la tensión en cada párpado en los bordes interior y exterior de cada ojo. Poco a poco relaje sus ojos tanto como pueda hasta dejarlos entreabiertos. Note la diferencia entre las sensaciones.

Siga con la **NARIZ Y LABIOS**. Arrugue la nariz relájela. Arrugue los labios relájelos. Procure que la tensión se mantenga durante unos cinco segundos y la relajación no menos de diez.

Con el **CUELLO** haga lo mismo. Apriete su cuello tanto como pueda y manténgalo tenso. Vaya relajando los músculos lentamente concentrándose en la diferencia entre tensión y relajación y deléitese en esta última.

Seguidamente ponga su **BRAZO** tal y como aparece en el gráfico. Levantelo cierre el puño cuanto pueda y ponga todo el conjunto del brazo lo más rígido posible. Gradualmente vaya bajando el brazo destensándolo. Abra lentamente la mano y deje todo el brazo descansando sobre el muslo. Repítalo con el otro brazo.

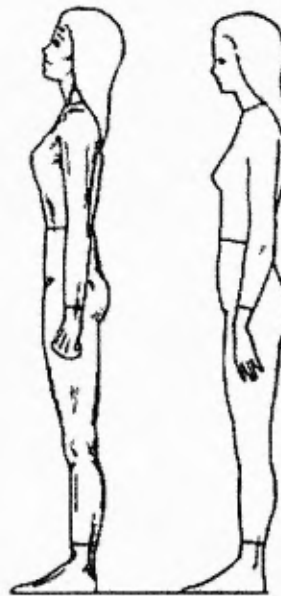
Haga exactamente lo mismo con las **PIERNAS**

Despues incline su **ESPALDA** hacia adelante notando la tensión que se produce en la mitad de la espalda Lleve los codos hacia atras y tense todos los musculos que pueda Vuelva a llevar la espalda a su posición original y relaje los brazos sobre los muslos Vuelva a recrearse en la sensación de relajación durante un tiempo

Tense fuertemente los musculos del **ESTÓMAGO** (los abdominales) y repita las sensaciones de tensión y relajación al distender los musculos

Proceda de igual forma con los **GLUTEOS** y los **MUSLOS**

Relajacion estando de pie



Una vez consiga la relajación de todo su cuerpo de la forma habitual y después de haberla practicado durante varios meses intente relajarse de pie. Proceda de la siguiente forma

Póngase de pie y mantenga la cabeza recta sobre los hombros. Tense todo su cuerpo: apriete las manos a ambos lados del cuerpo, meta el estómago hacia dentro y tense los muslos, nalgas, rodillas, etc. Después comience a relajar los músculos desde la cabeza a los pies. De nuevo note la diferencia entre tensión y relajación.



También debería de realizar los ejercicios de tensión y relajación de sus músculos tumbado.

Proceda tensionando los músculos y relajándolos tal y como se indicó en el ejercicio de pie.

Fuente: Junta de Andalucía. Consejería de salud.

Apendice D

REGISTRO DEL CONTROL DE LA RESPIRACION Y RELAJACION

Nombre _____

Ejercicio	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Respiracion (minutos)							
Explicar que experimento							
Relajacion muscular (minutos)							
Zona del cuerpo mas relajada							
Zona del cuerpo menos relajada							
Visualizacion Cuanto tiempo y que imagen utilizo							
Explicar que experimento							

Apendice E

REGISTRO A – B – C

Nombre _____

Acontecimiento	Acontecimiento activador A	Pensamiento B	Consecuencias C		
Fecha y hora	Interno (pensamiento) / Externo (situacion	Interpretacion	Emocion (miedo rabia inquietud tristeza enfado etc) Intensidad	Sensaciones corporales (palpitaciones ahogo sudoracion temblores	Conducta Evitacion y temor

Apendice F

REGISTRO DE PENSAMIENTOS AUTOMATICOS Y DISTORCIONES COGNITIVAS

Nombre _____

Fecha y hora del acontecimiento	Describir acontecimiento	Pensamiento Automatico	Distincion Cognitiva
Ejemplo 1 01 de octubre	Cuando me fui a bañar no habia agua y tenia examen en la escuela	Siempre pasa lo mismo cuando tengo algo importante Ya empece el dia mal	Sobre generalizacion

Distorsiones cognitivas Pensamiento de todo o nada Sobre generalizacion Descontar lo positivo Saltar a las conclusiones Leer la mente
Adivinacion Magnificar/minimizar Razonamiento emocional Etiquetar Auto culpa

Apendice G

TECNICA DE RESOLUCION DE PROBLEMAS

¿Te es difícil tomar una decisión? ¿Alguna vez te has visto incapaz de solucionar algún problema? ¿Tiendes a equivocarte en las decisiones que tomas? ¿Por mucho que hagas no te sientes con la capacidad de llegar a una solución? ¿Tomas decisiones rápidamente sin detenerte a analizar otras posibles soluciones y consecuencias?

Pon en práctica los pasos a presentamos a continuación y manos a la obra

1 Identifica el problema o los problemas que quieres resolver

Planteate si tienen de hecho solución. No todos los problemas se pueden resolver como tal, sino que tenemos que aprender a vivir con ellos de la mejor manera posible.

2 Define el problema detalladamente

En este punto puedes usar una lista estructurada de preguntas para ayudarte a profundizar en el

Que: ¿Qué quieres conseguir exactamente? ¿qué pasaría si no tomaras una decisión o encontraras una solución? ¿qué necesitas para encontrarla? ¿qué significaría para ti solucionarlo?

Por que: ¿por qué quieres llegar a una solución? ¿por qué ha surgido el problema?

Analiza todos los porqués posibles

Como: ¿cómo sería la situación diferente? ¿cómo puedo implicar personas relevantes?

Donde: ¿donde apareció el problema? ¿donde este tiene impacto? ¿es el donde importante? ¿si es así, ¿por qué?

Quien: ¿a quien estoy intentando agradar? ¿a quien le importa esta situación? ¿a quien le afecta? ¿quien esta implicado? ¿quien necesita estar informado?

Cuando: ¿cuando apareció el asunto? ¿cuando se necesita que actúe? ¿cuando se prevee que este resuelto?

3 Busca soluciones

Para solucionar nuestros problemas primero debemos proponer todas las soluciones que se nos ocurran. En este paso no nos importa si son descabelladas o poco posibles de llevar a cabo. Nos interesa tener la mayor cantidad de soluciones posibles. Lo mejor es llevar a cabo una lluvia de ideas, no le pongas filtro.

4 Analiza las consecuencias

Como hemos visto hay soluciones que parecen mejores y otras peores. Otro paso en este proceso de solución de problemas es analizar las alternativas pensando en sus consecuencias. El objetivo de este paso es eliminar las soluciones que no nos parecen buenas, analizando sus consecuencias.

5 Pasar a la acción

¿De qué sirven todos los pasos anteriores si luego no llevamos a cabo la solución que hemos planteado? El objetivo fundamental del proceso de solución de problemas es realizar acciones para solucionarlos. Pero antes de pasar a la acción, es interesante realizar un plan de acción, sobre todo cuando nuestras soluciones sean algo complejas.

En el ejemplo anterior si hemos elegido reciclarnos profesionalmente para acceder a un empleo mejor ¿como lo vamos a hacer?

- Pensar a que otras cosas me gustaria dedicarme elegir una
- Informarme bien acerca de esa profesion
- Buscar cursos de formacion posgrados masters
- Buscar empleos

6 Examinar los resultados

Ya hemos llevado a cabo nuestro plan de accion para solucionar nuestro problema Ahora nos debemos preguntar

- ¿Ha funcionado?
- ¿Los resultados que hemos obtenido son los que queriamos?
- ¿Estamos perfectamente satisfechos con la resolucion?

Apendice H

CARTA A LA NIÑA HERIDA

Se sugiere a la persona ahora con mas años que escriba una carta apoyando y reconfortando a la niña (ella misma) que sufrio el abuso. La carta debe incluir aquellos mensajes que la persona cree que le hubiesen sido utiles en el momento del abuso.

Indicaciones

Se le sugiere a la persona que desde el presente pueda volver atras y prestar ayuda a la niña que fue. Que la reconforte y reelabore el trauma.

Fuente: 200 tareas en terapia breve. Individual, familiar y de pareja.

Apendice H

CARTA A LA NIÑA HERIDA

Se sugiere a la persona ahora con mas años que escriba una carta apoyando y reconfortando a la niña (ella misma) que sufrio el abuso. La carta debe incluir aquellos mensajes que la persona cree que le hubiesen sido utiles en el momento del abuso.

Indicaciones

Se le sugiere a la persona que desde el presente pueda volver atras y prestar ayuda a la niña que fue. Que la reconforte y reelabore el trauma.

Fuente: 200 tareas en terapia breve. Individual, familiar y de pareja.

Apendice I

CARTAS CURATIVAS

Se propone al paciente que escriba cuatro cartas dirigidas a la persona que la maltrato abuso de ella

Carta 1 Libera sentimientos e ideas no resueltos

Cuentale en esta carta todo lo que el/ella te hizo y los efectos que sus acciones o palabras han tenido sobre ti y tu vida En tercer lugar indicalle que reparacion quieres

Carta 2 Libera mensajes negativos internalizados

Escribe una segunda carta como si lo hiciese la persona que abuso de ti Es la respuesta mas temida a la carta numero 1 que es lo que mas temes que esta persona te responda en la primera carta

Carta3 Libera las esperanzas internalizadas

Escribe otra respuesta imaginaria de la persona que abuso de ti A diferencia de la carta anterior esta contiene la respuesta mas deseada todo aquello que te gustaria que respondiese a la primera carta expresa su disposicion a asumir la responsabilidad por lo que te hizo sus remordimientos etc

Carta 4 Libera tu propio punto de vista

Escribe otra carta a la persona que abuso de ti en respuesta a la carta numero 3 contandole los cambios o el efecto que su respuesta ha provocado en ti Aprovecha esta carta para escribir cualquier cosa que te quedara por decir en la carta numero 1 o las ideas que se te hayan ocurrido entonces